

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

GUSTAVO VIEIRA DA SILVA

**Duas cabeças pensam melhor do que uma?:
um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta
no âmbito da atenção primária em saúde**

São Paulo
2021

GUSTAVO VIEIRA DA SILVA

**Duas cabeças pensam melhor do que uma?:
um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta
no âmbito da atenção primária em saúde**

Versão corrigida

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Pablo Carvalho de Godoy Castanho

São Paulo

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vieira da Silva, Gustavo

Duas cabeças pensam melhor do que uma?: um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta no âmbito da atenção primária em saúde / Gustavo Vieira da Silva; orientador Pablo Carvalho de Godoy Castanho. -- São Paulo, 2021.
202 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2021.

1. Psicanálise. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Apoio matricial. 4. Consulta conjunta. I. Carvalho de Godoy Castanho, Pablo, orient. II. Título.

Nome: VIEIRA DA SILVA, Gustavo

Título: Duas cabeças pensam melhor do que uma?: um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta no âmbito da atenção primária em saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 10 de dezembro de 2021

Banca Examinadora

Prof. Dr.: Pablo de Carvalho Godoy Castanho

Instituição: Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Prof. Dr.: Gilberto Safra

Instituição: Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Profa. Dra.: Nadja Nara Barbosa Pinheiro

Instituição: Universidade Federal do Paraná

Julgamento: _____

Profa. Dra.: Raluca Soreanu

Instituição: University of Essex

Julgamento: _____

Profa. Dra.: Rosana Teresa Onocko Campos

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas – Universidade de Campinas

Julgamento: _____

RESUMO

VIEIRA DA SILVA, G. Duas cabeças pensam melhor do que uma?: um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta no âmbito da atenção primária em saúde. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

A presente tese analisa, a partir da Psicanálise, as possibilidades e limites da consulta conjunta na Atenção Primária em Saúde (APS), propondo balizadores para sua prática em termos clínicos e institucionais. A pesquisa se justifica pela escassez de publicações que subsidiem a atuação do psicólogo em consultas conjuntas na APS brasileira e pela potencialidade dessa prática na ampliação do cuidado das equipes de APS no Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia de pesquisa é constituída de (i) análise *a posteriori* de consultas conjuntas no âmbito da APS que tiveram a participação do autor, possibilitando a construção de vinhetas (ficções clínico-institucionais baseadas na prática); (ii) estudo de textos de psicanálise e de saúde coletiva, analisados criticamente a partir de seus contextos institucionais e históricos; (iii) tensionamento mútuo e produtivo entre saberes e experiências oriundos da psicanálise e da APS. Este trabalho está dividido em duas partes. A primeira aborda a emergência das noções de apoio matricial e consulta conjunta no SUS; a interação entre psicanálise e APS a partir da tradição psicanalítica de S. Ferenczi, destacando os aportes de M. Balint, E. Balint e D. Winnicott sobre o papel do profissional de APS, sobre a prática de consultas em contexto institucional e sobre o trabalho cooperativo; e contribuições psicanalíticas sobre a atuação multiprofissional, enfatizando as proposições de R. Kaës sobre as alianças inconscientes e sobre as possibilidades e limites do “pensar junto”. A segunda parte apresenta e discute vinhetas de situações clínico-institucionais na APS do SUS, versando sobre: as múltiplas configurações transferenciais presentes na consulta conjunta; as vicissitudes do trabalho cooperativo e os impasses da consulta conjunta enquanto dispositivo de formação. Com base no percurso da pesquisa, são propostos e discutidos os seguintes balizadores clínico-institucionais para a prática da consulta conjunta: (i) a relação como parte do tratamento, abordando o lugar da transferência com os profissionais da APS; (ii) os riscos do conluio inconsciente entre os profissionais; (iii) a sustentação de espaços de troca entre os profissionais como pré-condição do “pensar junto”; (iv) a dimensão formativa da consulta conjunta e seus impactos subjetivos nos profissionais participantes; (v) as assimetrias e desigualdades inerentes às relações entre os profissionais da APS brasileira. Em síntese, os riscos iatrogênicos e as potencialidades clínicas da consulta conjunta são ponderados, enfatizando elementos que favoreçam que a consulta conjunta seja objeto de decisão crítica para psicólogos e outros profissionais da APS.

Palavras-chave: Consulta Conjunta; Apoio matricial; Psicanálise; Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

VIEIRA DA SILVA, G. Are two heads better than one?: a psychoanalytic case-study on the joint consultation in the primary health care context. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

This thesis analyzes, from a psychoanalytic point-of-view, the joint consultation's limits and possibilities in the Primary Health Care (PHC), proposing guiding ideas for its clinical and institutional practice. The research is justified by the lack of referential work supporting the psychologist's activity in joint consultations in the Brazilian PHC and by the joint consultation's potential to expand the PHC staff's assistance on Brazilian Unified Health System (SUS). The methodology is consisted of (i) an analysis of PHC's joint consultations that were carried out with the author's participation, enabling the construction of vignettes (clinical-institutional fictions based on practice); (ii) a survey on psychoanalytic and public health works, critically analyzed from their institutional and historical background; (iii) an approach in which knowledge and experiences from both psychoanalysis and PHC are places in mutual and productive tension. The present thesis is divided into two parts. The first one addresses the proposal of the matrix support and joint consultations at the SUS; the interaction between psychoanalysis and PHC based on S. Ferenczi's psychoanalytic tradition; the ideas of M. Balint, E. Balint and D. Winnicott on the role of the PHC professional, on the institutional practice of consultations and on the cooperative work; psychoanalytic contributions on multi-professional work, emphasizing R. Kaës' claims about the unconscious alliances and on the possibilities and limits of the "thinking together" process. The second part presents and discusses vignettes of clinical-institutional situations in PHC (SUS), addressing the multiple settings of transference appearing in the joint consultation; the vicissitudes of cooperative teamwork and the impasses of joint consultation as a formative strategy. Based on such a research path, we propose and discuss the following guiding ideas for joint consultation clinical and institutional practice: (i) the relationship between patient and professionals as part of the treatment, stressing the role of the transference; (ii) the risks of unconscious collusion among professionals; (iii) the sustenance of a place for interaction between the professionals as a pre-condition for the "thinking together" process; (iv) the formative dimension of the joint consultation and its subjective impact on the participating professionals; (v) the asymmetries and inequalities inherent to the Brazilian PHC professionals' relationships. In short, the iatrogenic risks and the clinical potential of the joint consultation are both taken into account, by emphasizing elements favoring the joint consultation as being the object of critical decision for psychologists and other PHC professionals.

Keywords: Joint consultation; Matrix Support; Psychoanalysis; Primary Health Care.

RÉSUMÉ

VIEIRA DA SILVA, G. Deux têtes valent mieux qu'une ? : une étude psychanalytique sur la consultation conjointe dans le cadre des soins de santé primaires. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

La présente thèse analyse, à partir de la psychanalyse, les possibilités et les limites de la consultation conjointe dans le cadre des Soins de Santé Primaires (SSP), en proposant des balises pour sa pratique en termes cliniques et institutionnels. La recherche est justifiée par la rareté des publications qui soutiennent le travail du psychologue dans les consultations conjointes dans les SSP brésiliens, ainsi que par le potentiel de cette pratique pour étendre la capacité de soins des équipes de SSP du Système Unifié de Santé (SUS). La méthodologie de recherche comprend (i) une analyse après-coup des consultations au sein des SSP auxquelles l'auteur a participé, permettant la construction de vignettes (fictions clinique-institutionnelles basées sur la pratique) ; (ii) l'étude de textes psychanalytiques et de santé publique, analysés de manière critique à partir de leurs contextes institutionnels et historiques ; (iii) la mise en tension mutuelle des connaissances et des expériences de la psychanalyse et des SSP. La thèse est divisée en deux parties. La première aborde l'émergence des notions de support matriciel et de consultation conjointe dans le SUS, ainsi que l'interaction entre la psychanalyse et les SSP. Celle-ci est basée sur la tradition psychanalytique de S. Ferenczi, mettant en évidence les idées de M. Balint, E. Balint et D. Winnicott sur le rôle du professionnel des SSP, sur la pratique des consultations en contexte institutionnel et sur le travail coopératif. Nous y partagerons aussi des contributions psychanalytiques sur le travail multi-professionnel, en soulignant les propositions de R. Kaës sur les alliances inconscientes et sur les possibilités et les limites du « penser ensemble ». La deuxième partie présente et discute des vignettes de situations clinique-institutionnelles dans le cadre des SSP (SUS), en portant sur : les configurations transférentielles multiples présentes dans la consultation conjointe ; les vicissitudes du travail coopératif ; les impasses de la consultation conjointe comme dispositif de formation. Sur la base du parcours de recherche, les balises clinique-institutionnelles suivantes sont proposées et discutées : (i) la relation fait partie du traitement, ce qui est abordé à partir de la place du transfert avec les professionnels des SSP ; (ii) il y a des risques de collusion inconsciente entre les professionnels ; (iii) le maintien d'espace d'échanges entre les professionnels est une condition préalable pour le « penser ensemble » ; (iv) la consultation conjointe a une dimension formative et des effets subjectifs sur les professionnels participants ; (v) sont présentes des asymétries et des inégalités inhérentes aux relations entre les professionnels brésiliens des SSP. En synthèse, nous considérons à la fois les risques iatrogènes et le potentiel clinique de la consultation conjointe, en mettant l'accent sur les éléments qui lui permettent d'être l'objet de décision critique pour les psychologues et autres professionnels des SSP.

Mots-clés : Consultation conjointe ; Support matriciel ; Psychanalyse ; Soins de Santé Primaires.

Aos profissionais do Sistema Único de Saúde,
pela resistência e ousadia de seguirem cuidando.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Pablo Castanho, por seu acolhimento, abertura, disponibilidade e seriedade ao longo do doutorado, possibilitando um prazeroso itinerário de pesquisa e descobertas conjuntas.

Aos colegas do grupo de orientação: Bruno Espósito, Carla Arantes, Cecilia Brito, Décio Perroni Filho, Fernando Ramos, Gracielle Malheiro, Gustavo Chiesa, Juliana Farah, Karla Carolina de Souza, Lara Moreira, Larissa Orni, Liliana Empanan, Luciana Lafraia, Magally Abrantes, Marina Cohen, Marina Gonzaga, Mayara Coutinho, Rafael Alberto, Solange Emílio, Vanessa Santos e Vanessa Tanus, agradeço imensamente pela leitura, escuta e contribuições de cada um ao longo de minha pesquisa.

Aos professores e profissionais do IP-USP, especialmente à Claudia Rocha, por seu trabalho atencioso e prestativo na secretaria do programa de pós-graduação.

Aos professores Gilberto Safra e Rosana Onocko Campos, pelas importantes contribuições ao texto de qualificação, fundamentais para a ampliação e aprimoramento da pesquisa.

À professora Nadja Pinheiro, por ter despertado o meu interesse pela psicanálise e pela aposta e apoio em minha trajetória acadêmica desde a graduação e mestrado.

À professora Raluca Soreanu, por ter me instigado a vasculhar a “herança húngara” de meu tema de pesquisa e por sua disponibilidade em participar da banca e ler meu texto em português.

Aos professores Carla Penna, Solange Emílio, Fernando da Silveira, Marina Ribeiro e Maria Inês Fernandes, pela pronta disponibilidade em serem suplentes da banca.

Aos professores e profissionais que conheci no estágio doutoral na Universidade Sorbonne Paris-Nord, especialmente ao professor Jean-Pierre Pinel e à psicóloga Karine Nazir, pela acolhida e partilha de conhecimentos.

Ao Joel Kanter, pela generosidade em compartilhar seus achados de pesquisa sobre o trabalho de Clare e Donald Winnicott nas políticas públicas.

À Carla Arantes, Luciana Lafraia, Maurício Maas, Maurício Resende e Sophie Bergheimer, pela ajuda com diferentes aspectos do texto na reta final da Tese.

À Valeria, Lilian, Cristiane, Andressa e Felipe, pelos aprendizados e trocas enriquecedoras sobre SUS, saúde mental e clínica ampliada.

Ao Maurício, Priscila, Ligia e Heder, pelas associações livres em psicanálise, que possibilitaram o florescimento de novas perspectivas e ideias.

Aos colegas de trabalho do TJSP, pela compreensão nos momentos de maior ausência e pelo apoio em minha trajetória de pesquisa.

Aos vários amigos, que não arrisco nomear, pela torcida e incentivo nos momentos mais difíceis da pandemia de COVID-19 e da escrita da tese.

À Ana Clécia, pelo apoio fundamental nos afazeres domésticos ao longo deste último ano de escrita.

Ao Jorge, por sua escuta disponível e atenta.

A meus pais, Arlindo e Edna, e aos meus irmãos, Ricardo e Fábio, pelo suporte e amor sempre presentes.

Ao Valter, por todo companheirismo, carinho e cuidado, por sempre me instigar a pensar de formas diferentes e por tornar meu cotidiano mais engraçado, saboroso e leve.

À CAPES, pela bolsa fornecida durante o estágio doutoral no exterior.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente(s) comunitário(s) de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EqSF	Equipe(s) de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GP	<i>General Practitioner</i> (denominação inglesa de clínico geral)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service (sistema de saúde inglês)
PCPCS	Primary Care Psychotherapy Consultation Service
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
	PARTE I: A CONSULTA CONJUNTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS INTERFACES COM A PSICANÁLISE	26
2.	A CONSULTA CONJUNTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS: CONCEPÇÃO TEÓRICO-POLÍTICA E (DES)ENCONTROS COM A PSICANÁLISE	27
2.1.	DAS ORIGENS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PANORAMA.....	27
2.1.1.	A emergência de um sistema de saúde universal e de base territorial	27
2.1.2.	A centralidade da Atenção Primária em Saúde	29
2.1.3.	A constituição da Estratégia Saúde da Família no SUS	31
2.2.	CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL.....	33
2.3.	APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E CONSULTA CONJUNTA.....	39
2.3.1.	A concepção da consulta conjunta no Brasil e sua inserção nas práticas de apoio matricial	40
2.3.2.	A consulta conjunta na literatura acadêmica sobre o apoio matricial	43
2.4.	CONSULTA CONJUNTA, PSICANÁLISE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: TENSIONAMENTOS E INTERFACES.....	47
2.4.1.	Psicanálise e consulta conjunta: algumas questões a partir de Freud	47
2.4.2.	A clínica de Ferenczi e a Atenção Primária em Saúde	50
3.	INTERAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DA HERANÇA FERENCZIANA ÀS EXPERIÊNCIAS DE CONSULTA CONJUNTA...	54
3.1.	FERENCZI, SEUS “ERROS DE DIAGNÓSTICO” E A CONTRATRANSFERÊNCIA	54
3.2.	CONTRIBUIÇÕES DE MICHAEL E ENID BALINT PARA O DIÁLOGO ENTRE A PSICANÁLISE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	57
3.2.1.	“O doutor-medicamento”: a centralidade da relação transfero-contratransferencial na medicina de família	59
3.2.2.	A experiência do <i>flash</i>: uma elasticidade na clínica do médico de família?	64
3.3.	APORTES DE WINNICOTT SOBRE A MEDICINA DE FAMÍLIA E A PRÁTICA DE CONSULTAS EM INSTITUIÇÕES.....	66
3.3.1.	O médico de família e seu papel de <i>holding</i> à comunidade	67
3.3.2.	“A clínica aberta” de Winnicott: contribuições para a prática de consultas em instituições	69
3.3.3.	O caso liro: uma consulta conjunta?	74
3.4.	EXPERIÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DE CONSULTA CONJUNTA NA INTERFACE COM A PSICANÁLISE	80
3.4.1.	Primary Care Psychotherapy Consultation Service	81

3.4.2.	Universidade La Sapienza	84
4.	CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O CUIDAR (E PENSAR) EM EQUIPE NO CONTEXTO INSTITUCIONAL	87
4.1.	ALGUNS IMPASSES DO TRABALHO REALIZADO ENTRE VÁRIOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	87
4.1.1.	Balint e o “conluio do anonimato”	88
4.1.2.	Winnicott e a “dispersão dos agentes responsáveis”	91
4.2.	A “MAQUINARIA COMPLEXA” DO TRABALHO EM EQUIPE	93
4.2.1.	Sobre a presença de outros profissionais em consultas de Winnicott	97
4.3.	A CONTRATRANSFERÊNCIA E SEUS IMPACTOS NO FUNCIONAMENTO DA EQUIPE	100
4.4.	O TRABALHO EM EQUIPE E AS ALIANÇAS INCONSCIENTES	105
4.4.1.	As alianças inconscientes em uma intervenção conjunta: a releitura do caso Emma por Kaës	105
4.4.2.	Os espaços psíquicos comuns e partilhados nas instituições	111
4.4.2.1.	Sobre o “esquecimento” em relação a duas intervenções conjuntas na história da psicanálise	114
4.4.3.	O prazer de pensar (e cuidar) juntos	115
4.5.	AS RELAÇÕES DE PODER E O “MAL DESNECESSÁRIO” NAS INSTITUIÇÕES NO BRASIL	118
	PARTE II: PERSPECTIVAS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS SOBRE A PRÁTICA DA CONSULTA CONJUNTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS	122
5.	A CONSULTA CONJUNTA E A PLURALIDADE DE TRANSFERÊNCIAS	123
5.1.	UMA NOTA SOBRE O USO DA(S) TRANSFERÊNCIA(S)	125
5.2.	A DIFRAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA	126
5.3.	A TRANSFERÊNCIA À DUPLA/CASAL DE PROFISSIONAIS	131
5.4.	A CONSULTA CONJUNTA E A TRAMA (INTER)TRANSFERENCIAL	135
5.5.	OS PACIENTES “DIFÍCEIS” E SEUS EFEITOS NA EQUIPE	140
5.6.	DAS (IM)POSSIBILIDADES DE SE TRANSFERIR A TRANSFERÊNCIA	143
6.	A CONSULTA CONJUNTA E OS PROBLEMAS DA COOPERAÇÃO E DA FORMAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS	147
6.1.	UM ESPAÇO DE JOGO	147
6.1.1.	O cabo de guerra	148
6.1.2.	Trabalhar... ou jogar conversa fora?	149
6.1.3.	Sobre o jogar/brincar e as condições do “pensar junto”	151
6.2.	OS PARADOXOS DA PRESENÇA DE OUTRO PROFISSIONAL NA CONSULTA	154
6.2.1.	Consulta conjunta... ou na presença de outro profissional?	155
6.2.2.	O apoio matricial e a conquista do profissional “estar só”	156

6.3.	A CONSULTA CONJUNTA E O LUGAR “TERCEIRO”	158
6.3.1.	O apoio matricial e a “função apostólica da equipe”	159
6.3.2.	O apoio matricial entre o lugar “interno” e o “externo”	161
6.4.	UM DISPOSITIVO DE-FORMAÇÃO PROFISSIONAL?	162
6.5.	SOBRE AS DIFERENÇAS, ASSIMETRIAS E DESIGUALDADES NO ÂMBITO DA CONSULTA CONJUNTA.....	167
7.	CONCLUSÃO: BALIZADORES CLÍNICO-INSTITUCIONAIS PARA A PRÁTICA DA CONSULTA CONJUNTA	171
7.1.	A RELAÇÃO COMO PARTE DO TRATAMENTO: A IMPORTÂNCIA DA TRANSFERÊNCIA COM O(S) PROFISSIONAL(IS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ...	172
7.2.	OS RISCOS DO CONLUIO INCONSCIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS	173
7.3.	A SUSTENTAÇÃO DE ESPAÇOS DE TROCA ENTRE OS PROFISSIONAIS COMO PRÉ-CONDIÇÃO DO “PENSAR JUNTO”	174
7.4.	A DIMENSÃO FORMATIVA DA CONSULTA CONJUNTA E SEUS IMPACTOS SUBJETIVOS NOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	175
7.5.	AS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS PERPASSADAS POR ASSIMETRIAS E DESIGUALDADES.....	177
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
9.	REFERÊNCIAS	182

1. INTRODUÇÃO

“É louco, é louco... é como se fosse uma terapia de grupo invertida: dois profissionais de saúde e uma paciente [...]”

Fala de uma psicóloga em reunião de equipe de saúde da família na “ficção baseada em fatos reais” de Gastão W. Campos (2014)

A consulta conjunta realizada entre psicólogo e profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) é uma prática corrente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A primeira vez que participei de uma consulta conjunta foi, literalmente, uma surpresa: logo nos primeiros dias de minha atuação como psicólogo na APS de uma metrópole brasileira, o **enfermeiro Emerson** me chamou para “ajudar a pensar” um caso; eu consenti, imaginando que se tratava de uma discussão sobre um paciente¹. Ao entrarmos na sala, encontramos o médico **Tiago** fazendo anotações no prontuário ao passo que **Luís** – um paciente com diagnóstico de transtorno mental grave de aproximadamente 40 anos – discutia com sua mãe, uma senhora idosa. Enquanto os familiares presentes na consulta seguiam em embate, o médico e o enfermeiro consultavam registros nos prontuários das pacientes, realizando em seguida algumas orientações e ajuste de medicações. Ao final da consulta, os profissionais se voltaram para mim e perguntaram se eu tinha algo para dizer. Entendi que, talvez, fosse necessário ouvir mais a família..., mas havia espaço para isso? Com esta dúvida, neste momento decidi apenas silenciar.

Ao deixarmos todos a sala de consulta, quem se viu em sofrimento fui eu, pois fiquei impactado com a diferença entre esta realidade de trabalho e as situações clínicas que havia experienciado anteriormente desde os estágios da graduação em psicologia. Além disso, a partir desta primeira experiência de consulta conjunta, fui tomado por algumas questões: O que eu posso ou devo fazer numa consulta conduzida com outro profissional? Essa proposta clínica é ética ou adequada? Seria possível pensar esta prática a partir da psicanálise?

Durante aproximadamente três anos, trabalhei como psicólogo junto a profissionais de algumas equipes de APS, realizando ações de apoio matricial² e intervenções conjuntas, especialmente no que refere a questões emocionais e

¹ Em todas as vinhetas e situações clínico-institucionais abordadas na tese, os nomes e outros elementos relativos à identificação de pacientes e profissionais foram alterados, visando resguardar o sigilo dos casos.

² Conceito abordado detalhadamente no próximo capítulo.

psicossociais. No contexto específico em que trabalhei, a consulta conjunta com diferentes categorias profissionais – médicos, profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde – era uma prática cotidiana. Além disso, alguns gestores de serviços em que atuei depositavam grande expectativa na consulta conjunta como uma “estratégia” que possibilitaria tanto o cuidado dos pacientes como contribuiria no processo de formação dos profissionais, argumentando-se que “duas cabeças pensam melhor do que uma”.

Embora tenha inicialmente sentido incômodo em participar de tal *setting* “estranho-familiar” – que não era nem um atendimento individual nem de grupo –, decidi vivenciar a consulta conjunta, buscando modos e meios de praticá-la de forma integrada à ética profissional e ao meu referencial teórico-clínico: a psicanálise. Nessa caminhada, as perguntas não apenas persistiam, mas se diversificavam: Afinal... o que estou fazendo? O profissional que participa comigo na consulta conjunta comigo “aprende” alguma coisa? Esta prática possui uma função clínica ou se reduz a responder ao direito do cidadão de acesso a um tipo de atendimento em saúde mental? A consulta conjunta está produzindo cuidado ou é somente mais um “fluxo burocrático” nos itinerários desses pacientes através dos serviços do SUS?

Além disso, apesar de eu verificar um trabalho relevante por parte de alguns médicos especialistas que também realizavam o apoio matricial, eu ponderava frequentemente sobre a diferença entre suas condutas mais usuais (p.ex. inserir ou retirar uma medicação, realizar uma orientação “concreta”, fazer encaminhamentos) e o meu intento em produzir um espaço de escuta para o sujeito (e um lugar para o inconsciente) naquele contexto de trabalho.

Com o passar do tempo, fui “me habituando” com a consulta conjunta e outras práticas consolidadas no contexto da APS, como a discussão de casos, a visita domiciliar junto às equipes e a organização de grupos terapêuticos ou de promoção em saúde. Neste processo, fui também me identificando com o ideário da saúde coletiva e, já no primeiro semestre de trabalho, tentei “seguir a cartilha” de como trabalhar naquele contexto, buscando efetivar as orientações contidas nos documentos técnicos publicados Ministério da Saúde. Durante um período, acostumei-me à rotina de participar de consultas conjuntas; no entanto, ainda assim, restava algo de um mal-estar.

A atuação partilhada com outros profissionais da APS – e especialmente o tema da consulta conjunta – era um assunto recorrente em minha análise pessoal:

incômodos e dúvidas sobre o que estava fazendo, relacionados a questões sobre minha “identidade” como psicólogo e minha afinidade com a psicanálise. Ao buscar reflexões teóricas e técnicas sobre a consulta conjunta, deparei-me com a escassez de publicações que fossem além das justificativas sanitárias para esta prática e apresentassem reflexões clínicas e específicas sobre a atuação do psicólogo³. Neste processo, comecei a ter o receio de tal prática consistir em grande equívoco: tentar inserir a psicanálise numa lógica “pedagógica”, tanto para o paciente como para os outros profissionais. Afinal, em todos os grupos de estudos ou aulas que havia tido até então, nunca havia sido cogitada a possibilidade de dois profissionais atenderem um paciente conjuntamente... muito menos de uma formação para escuta clínica dos profissionais ser fomentada por meio de um dispositivo similar. Se as referências sobre consulta conjunta e acerca da dimensão clínica da atuação da psicologia no contexto da APS eram reduzidas, as publicações brasileiras que estudavam o lugar da psicanálise em relação a estas questões eram, conforme apresentaremos em nosso trabalho, ainda mais escassas.

Paralelamente às indagações acima citadas, fui percebendo, ao longo do tempo, que a consulta conjunta também tinha a potencialidade de “aguçar” o desejo de escuta de alguns profissionais, o que me parecia especialmente importante para a APS, visto que o vínculo longitudinal e a relação de cuidado distinguem o trabalho destes profissionais em relação a outros serviços de saúde especializados. Além disso, na medida em que participei de consultas conjuntas com colegas de diferentes categorias profissionais, percebi em alguns casos a ampliação das possibilidades de escuta do paciente em sua singularidade, incluindo alguns casos de sofrimento mental intenso.

Estas primeiras inquietações também foram ampliadas pela vivência daquilo que eu mesmo poderia aprender a partir da consulta conjunta. Depois de alguns meses de atuação na APS, recebi **Letícia**, de 8 anos, que indicou logo na recepção grande ansiedade em ser atendida por mim, ficando fisicamente “paralisada”. A mãe da criança havia buscado a unidade de saúde a partir de queixas escolares de “extrema timidez” e dificuldade de socialização, embora a família considerasse que Letícia não apresentava tais dificuldades no contexto familiar. Diante do alto grau de

³ No próximo capítulo, apresentamos um levantamento bibliográfico sobre a consulta conjunta em periódicos brasileiros dos últimos dez anos, do qual podemos verificar a escassez de publicações sobre o assunto entre 2011 e 2018 (ano de início de nossa pesquisa).

ansiedade pela possibilidade de se dirigir à sala em que eu conduzia os atendimentos (um pouco distante da recepção), proponho a realização de alguns desenhos e jogos com a criança em espaço reservado, mas no qual Letícia conseguiria ainda perceber a presença de sua mãe. Embora eu tenha me implicado na brincadeira e comunicação com a criança, buscando me ajustar aos seus interesses e movimentos pessoais, não obtive muito sucesso.

Durante a consulta, Letícia percebeu a presença na unidade de saúde da jovem **técnica de enfermagem Talita**, indicando afetuosidade pela profissional que já conhecia da convivência no serviço. Ao nos dirigirmos à recepção, ao final da consulta, Letícia e Talita se cumprimentaram de modo carinhoso e, após despedirmo-nos da família, a técnica de enfermagem questionou sobre a razão da criança ter vindo à unidade de saúde. Depois de minha contextualização sobre a queixa da escola, assim como das dificuldades que eu havia enfrentado na consulta, Talita se interessou em participar de uma atividade com Letícia, iniciativa que se desdobrou em alguns atendimentos realizados de forma conjunta. Nas consultas de Letícia, eu pude oferecer uma retaguarda de saúde mental à Talita, mas aprendi muito mais do que ensinei. Identifiquei, ao longo das consultas, o efeito que o prazer de jogar e brincar de forma conjunta – cultivado entre ambas – era central nos avanços clínicos que se estabeleceram ao longo dos atendimentos.

A exemplo do episódio de Letícia, vivenciei outros momentos em que profissionais (p.ex. enfermeiros e médicos) propiciaram um *setting* continente para a minha atuação, permitindo que eu lidasse com menos angústia e sofrimento em relação a algumas situações. Além disso, em um dos casos que acompanhei na APS, entendo que a consulta conjunta consistiu no melhor arranjo de cuidado possível para a paciente naquele contexto institucional⁴.

Por outro lado, também vivenciei situações nas quais os profissionais não estavam realmente implicados na consulta conjunta, participando de tal prática como um “fluxo” do SUS, que pouco produzia em termos de escuta e de formação profissional. Neste sentido, percebo que, por vezes, eu mesmo colaborei com uma lógica procedimental, operando no sentido de incluir alguns profissionais que não desejavam escutar o sujeito. Além disso, também acredito que a consulta conjunta

⁴ Trata-se do caso de Vilma, abordado ao longo da segunda parte da tese.

tenha sido experimentada por alguns pacientes como invasiva ou iatrogênica – uma “exposição” de sua vida íntima.

Ao longo de meu percurso de atuação, passei a considerar a possibilidade de (re)pensar a consulta conjunta para além da ideia de “ferramenta” ou “estratégia” proposta pelos documentos do Ministério da Saúde⁵: poderia ser esta prática entendida como um dispositivo? Segundo o psicanalista René Kaës (2011, p. 68), “o dispositivo é um aparelho de trabalho construído com um certo objetivo. É artifício, construção [...], por conseguinte, não está inscrito no absoluto, mas na apropriação relativa de um objeto ou de um instrumento a um projeto ou a certo estado de coisas”. Desta forma, para este autor, todo dispositivo clínico possui algumas potencialidades, mas não é “todo”, implicando igualmente em restrições. Além disso, conforme Kaës, a pertinência de dispositivo, enquanto artifício clínico do psicanalista, se avalia pelos critérios: o objetivo visado, o método, a ética, a teoria e a prática da psicanálise.

Desta forma, o objetivo geral de nosso trabalho é o de analisar, a partir da psicanálise, as possibilidades e limites da consulta conjunta na APS, propondo balizadores para sua prática em termos clínicos e institucionais. Os objetivos específicos de nossa investigação são: (i) debater a pertinência da prática da consulta conjunta no contexto das interfaces entre psicanálise e APS; (ii) examinar a dimensão multiprofissional e interdisciplinar da consulta conjunta a partir de concepções psicanalíticas sobre as intervenções em equipe e nas instituições; (iii) investigar possíveis implicações do uso da consulta conjunta em diferentes configurações transferenciais entre paciente e profissionais, assim como entre os profissionais de saúde; (iv) discutir os limites e possibilidades da consulta conjunta para o trabalho cooperativo e para a formação dos profissionais; (v) propor balizadores clínico-institucionais de referência para a prática da consulta conjunta na APS, indicando elementos que possam ser extensivos a intervenções conjuntas em outras ambiências institucionais.

A fim de realizar nossa investigação, propomos como metodologia um percurso por **quatro vias**⁶, as quais percorremos, por vezes simultaneamente, desde o início deste estudo. A **primeira** via consiste em nossa participação no Grupo de pesquisa “Clínica de Grupos e Instituições na Abordagem Psicanalítica” (CLIGIAP-USP). É a

⁵ Problemática aprofundada no próximo capítulo.

⁶ Considerando que método é composto pelos dois termos gregos *méta* e *hodos*, significando o caminho pelo qual se segue.

partir de nossa presença nos encontros periódicos deste grupo que se justifica o uso da terceira pessoa do plural, indicando a marca coletiva no processo de construção de ideias apresentadas nesta tese. Neste sentido, o grupo de pesquisa constituiu um espaço de elaboração dos problemas, dúvidas e escolhas (tanto metodológicas como teóricas) desenvolvidas ao longo de nosso trabalho. De forma complementar, o grupo de pesquisa também foi ampliado por nossa participação em espaços de trocas nacionais e internacionais⁷, que enriqueceram a dimensão coletiva de nosso trabalho.

A **segunda** via é a reflexão a partir da experiência clínica. Freud discute sobre a relação entre clínica e pesquisa em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, escrito em 1912. Ele declara:

Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. (FREUD, 1996g, p. 128, grifo nosso).

Logo, compreendemos que, para Freud, a prática clínica não deve ser conduzida a partir de hipóteses e cristalizações teóricas, de modo que o trato dos conhecimentos advindos desta experiência tenha espaço num momento “*a posteriori*”. Contudo, visto ser essa concepção relacionada ao *setting* clássico e ao contexto do consultório privado, é possível questionar se as consultas conjuntas realizadas no âmbito da APS seriam um campo pertinente para uma investigação desta natureza.

Em relação a este problema, Safra (2001) advoga que a pesquisa psicanalítica se configura como um “processo investigativo não conclusivo”, devendo assim manter constante abertura para a reorganização/reconstrução do que foi até então encontrado. Além disso, Safra (2013) também destaca a possibilidade de esta modalidade de pesquisa partir de situações clínicas para além do *setting* bipessoal. Ele afirma: “A pesquisa psicanalítica realizada fora do consultório (...) mantém a possibilidade de estarmos em um caminho de investigação não saturado em contínua abertura para o inédito, perspectiva que constitui uma das facetas fundamentais da ética psicanalítica” (SAFRA, 2013, p. 24, grifo nosso). Desta forma, o autor postula a “constante abertura” para o acontecimento clínico como elemento central de uma ética

⁷ Neste contexto, destacamos as trocas com docentes e pesquisadores do Laboratório Interinstitucional de Estudos da Intersubjetividade e Psicanálise Contemporânea (LIPSIC - IP-USP/PUC-SP), da Rede Interuniversitária Internacional Grupos e Vínculos Intersubjetivos e da Universidade Sorbonne Paris-Nord (Paris 13), instituição que nos recebeu em estágio doutoral (sob supervisão do professor Jean-Pierre Pinel).

de pesquisa realizada a partir da clínica, seja esta última relativa ou não ao *setting* clínico tradicional. Assim, consideramos nossa atuação nas consultas conjuntas como uma situação clínica constantemente aberta para o inédito e para o processo dos pacientes/famílias, possibilitando um campo para a investigação em uma temporalidade *a posteriori*.

Além disso, Safra (2001) salienta que o pesquisador, na investigação psicanalítica, faz uso de sua própria experiência clínica para produzir reflexões e conceitos. Deste modo, para ele, o autor da pesquisa apresenta “um testemunho de seu percurso como clínico e como teórico” (SAFRA, 2001, p. 173). A fim de fazer uso e problematizar em termos conceituais nossa própria experiência, utilizaremos vinhetas de situações clínico-institucionais construídas para a tese a partir de nossa prática de consultas conjuntas no âmbito da APS. O processo de construção destas vinhetas se iniciou no primeiro ano de nossa pesquisa no CLIGIAP-USP, grupo que teve papel fundamental na elaboração das vivências contratransferenciais necessárias para a redação destas narrativas clínicas.

Deste modo, apresentamos nos capítulos 5 e 6, bem como nos parágrafos acima, vinhetas que são concebidas como “ficções baseadas na prática”. Para resguardar o sigilo dos casos, modificamos alguns dados (p.ex. nomes, gênero, configuração familiar) dos pacientes e profissionais, buscando preservar, na medida do possível, os problemas clínico-institucionais pertinentes à nossa investigação. A nossa proposta de construção das vinhetas obteve dupla inspiração: (i) a metodologia de construção de uma “narrativa ficcional baseada em fatos reais”, utilizada pelo sanitarista Gastão Campos (2014) para ilustrar uma situação de trabalho em equipe no contexto da APS do SUS; e (ii) a tradição psicanalítica que se constituiu a partir de Michael Balint, que faz uso de vinhetas e discussões de caso para abordar as interfaces entre psicanálise e APS (BALINT, 1988; HARD; ROCK; STERN, 2015; MELLO FILHO, 2007; SOLANO, 2014).

A construção e apresentação de vinhetas é caracterizada pela relação sujeito-sujeito (distinta da relação sujeito-objeto), na qual o sujeito-pesquisador se insere nas relações intersubjetivas com pacientes e/ou colegas profissionais, assim como precisa se haver com os impasses e efeitos de suas intervenções clínico-institucionais. De acordo com Safra (2001), a relação sujeito-sujeito, distinta das metodologias de tradição positivista, não torna a investigação clínica psicanalítica menos precisa,

possibilitando um rigor de pesquisa relacionado aos princípios que norteiam a prática e produção de conhecimentos em psicanálise.

Apesar de a opção metodológica do uso de vinhetas clínico-institucionais possuir maior reconhecimento no âmbito da pesquisa psicanalítica, entendemos ser também um aporte relevante para os campos da APS e da saúde coletiva brasileira, visto possibilitar a problematização de dimensões e aspectos subjetivos que outras abordagens metodológicas quanti e/ou qualitativas – ainda que de fundamental relevância – não visam abarcar. Salientamos ainda que esta opção metodológica é condizente com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais, que postula a possibilidade de uma pesquisa dedicar-se ao “aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional” (BRASIL, 2016).

Embora apresentemos as vinhetas principalmente nos capítulos 5 e 6 da tese, acrescentamos ainda que todo o nosso processo de pesquisa foi realizado na interface entre a prática clínica e a teoria psicanalítica, de modo que os problemas decorrentes das situações clínico-institucionais também orientaram nossa interpretação das referências teóricas. Neste sentido, a **terceira** via metodológica é a leitura de textos psicanalíticos, considerando algumas especificidades na interpretação destas obras. Mezan (2002) enfatiza a importância de se atentar à conjuntura histórico-social da produção de conhecimentos por parte dos psicanalistas. O autor afirma: “Os conceitos da psicanálise (...) não se originam apenas da prática, mas também de uma apropriação inventiva e metaforizada daquilo a que podemos chamar contexto”. (MEZAN, 2002). Buscaremos assim, na medida do possível e necessário, indicar os aspectos histórico-sociais importantes para a problematização e compreensão dos autores apresentados.

A interpretação das referências teóricas também considerou o que Mezan (2005) indica como modo analítico de ler os textos psicanalíticos na pesquisa universitária. Para tanto, o autor sinaliza não se tratar da interpretação do psiquismo ou das fantasias dos autores, mas de valer-se de algumas categorias heurísticas da psicanálise no processo de leitura-interpretação. Em nossa pesquisa, realizamos um movimento nesse sentido ao utilizar – conforme explicitado ao longo do texto – as noções de “encontrar-criar” (Winnicott) e de “pacto denegativo” (Kaës) em nossa abordagem de alguns textos clássicos. De modo semelhante, partindo da concepção de Green (2002) de “desligação” (*déliation*) na leitura psicanalítica de textos,

realizamos um deslocamento do eixo tradicional de interpretação de alguns casos clínicos da psicanálise, encontrando-criando problemáticas afins à consulta conjunta no âmbito da história da psicanálise. Acrescentamos ainda que a leitura de textos pode ser compreendida a partir do que Safra (2001) apresenta como relação sujeito-sujeito na investigação psicanalítica, visto que sujeito-pesquisador, atravessado pela intersubjetividade das práticas clínicas na APS, estabelece um diálogo com outros sujeitos-autores, que também partem do fazer clínico em seus próprios contextos.

A **quarta** via responde aos tensionamentos experimentados, em nossa própria prática, entre os campos de saber da psicanálise e da saúde coletiva. Para tanto, optamos por caminhar em direção à perspectiva de Mijolla-Mellor (2004) de interações em psicanálise, tanto no que tange às interfaces teóricas como práticas a serem abordadas no decorrer da tese. Para esta autora, uma pesquisa que coloque em relação a psicanálise com outro campo do saber – em nosso caso, a saúde coletiva – deve possibilitar um ponto de tensionamento, para que as duas “áreas” estejam mutuamente em trabalho. Neste sentido, Mijolla-Mellor entende que as abordagens multi ou pluridisciplinares⁸ teriam o risco de buscar um “encaixe” – unidade dialógica, a seu ver, ilusória – entre um conjunto de conceitos teóricos da psicanálise ao de outras disciplinas

Em seus exemplos, Mijolla-Mellor (2004) menciona as possíveis interações da psicanálise com as áreas das ciências humanas e das ciências biológicas (*sciences du vivant*), dois campos de sustentação teórica da saúde coletiva. De modo semelhante, em artigo escrito por um grupo composto por médicos sanitaristas e psicanalistas sul-americanos, encontramos a proposição de que “psicanálise e saúde coletiva tornam-se mais potentes juntas e ambas podem contribuir para modificar-se” (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014, p. 32). Assim, caminhando no sentido das interações em psicanálise, intentamos que a presente pesquisa não seja uma mera aplicação de conceitos da psicanálise ao campo da saúde coletiva, mas a possibilidade de os dois campos se manterem em debate/confronto a partir da situação clínica da consulta conjunta.

⁸ Desdobrando esta temática, Mijolla-Mellor (2004) declara que a multi ou pluridisciplinaridade pressupõe que diferentes disciplinas possuem alguma complementaridade (em sua perspectiva, ilusória). Neste contexto, a interdisciplinaridade – que pressupõe a(s) diferença(s) frente a um mesmo objeto – conduziria a pesquisa a se situar no interstício das disciplinas, em seu ponto de contato. A transdisciplinaridade, por sua vez, não se interessaria especialmente aos pontos de contato entre as disciplinas, mas toma o objeto como uma “área” ou “superfície” que perpassa diferentes campos do saber.

Neste ponto, parece-nos fundamental circunscrever e justificar as escolhas de referencial teórico realizadas em nosso trabalho. Em relação ao campo da saúde mental e coletiva, abordaremos especialmente os autores que propuseram as ideias de apoio matricial e consulta conjunta, assim como pesquisadores que indicaram caminhos de diálogo entre os campos da saúde coletiva e da psicanálise.

Em relação à psicanálise, introduziremos algumas problematizações ao nosso tema de estudo advindas do pensamento de Freud, mas nos aprofundaremos principalmente nas contribuições de duas vertentes teóricas: (i) a tradição psicanalítica inaugurada por Sándor Ferenczi e que, em nosso trabalho, encontrará desdobramentos (e diálogos) nas obras de Michael Balint, Enid Balint e Donald Winnicott; e (ii) os aportes da clínica psicanalítica de grupos e instituições, representada especialmente por René Kaës, Jean-Pierre Pinel e alguns de seus interlocutores.

Este recorte teórico e bibliográfico na literatura psicanalítica se justifica por duas razões. A primeira consiste na relevância dos autores citados no parágrafo acima para o nosso tema de pesquisa. O casal Balint e Donald Winnicott estabeleceram rica interação com profissionais e práticas do serviço de saúde inglês – sistema que influenciou a formação do SUS – apresentando importantes contribuições na interface entre psicanálise e APS. Kaës, Pinel e outros autores da clínica de grupos e instituições, embora não tenham teorizado especificamente sobre a APS, contribuem de modo fundamental para a investigação psicanalítica no contexto clínico-institucional e sobre o trabalho em equipe. Este recorte também foi realizado ao entendermos que o complexo fenômeno estudado em nosso trabalho somente poderia ser abarcado pela perspectiva de “atravessamento de paradigmas” proposta por Figueiredo (2012), segundo a qual considera-se concomitantemente pulsão e relações de objeto, dependência e desejo, espaço intrapsíquico e espaço intersubjetivo.

A segunda razão, não menos importante que a primeira, consiste no fato de a tese ser, conforme abordado acima, “testemunho de um percurso” singular e específico. Ao longo da graduação e mestrado temos nos dedicado ao estudo de Winnicott, iniciando também uma aproximação ao pensamento kaësiano durante um intercâmbio na Universidade Lyon 2. Foi a partir das questões advindas da prática clínica no SUS que resgatamos o estudo – e interlocução – entre ambos os autores, o que ao longo da elaboração da tese também se ampliou no aprofundamento do

estudo de textos de Ferenczi, do casal Balint e de outros autores da clínica psicanalítica de grupos e instituições. Deste modo, alguns dos autores que são colocados em diálogo ao longo da tese foram também “interlocutores” importantes para nossa prática no SUS.

Tendo em vista os objetivos, a metodologia e os referenciais teóricos propostos, a tese está organizada em duas partes. A primeira, composta por três capítulos, aborda a emergência das noções de apoio matricial e consulta conjunta no SUS, discute as interações entre psicanálise e APS a partir da tradição húngara de psicanálise e debate a consulta conjunta no âmbito do trabalho em equipe e no contexto institucional. A segunda parte, que possui dois capítulos, apresenta e analisa vinhetas relacionadas à prática da consulta conjunta na APS do SUS, discutindo a pluralidade das transferências e a problemática da cooperação e da formação entre os profissionais atuantes na APS. Por fim, a partir da análise das vinhetas e da discussão teórica, são apresentados cinco balizadores clínico-institucionais para a prática da consulta conjunta, assim como considerações finais acerca da pesquisa.

Antes de o leitor iniciar a leitura de nosso trabalho, gostaríamos de fazer uma proposta que, em nossa perspectiva, se relaciona com a natureza deste estudo e com a produção de conhecimentos na contemporaneidade. Inspirados nas proposições de Boaventura Santos (1988) de que todo conhecimento atual consiste em “autoconhecimento”, assim como “é local e total”, gostaríamos de convidá-lo a “**pensar junto**” conosco e “**traduzir**” as contribuições aqui apresentadas para o seu contexto pessoal, social e de trabalho. Considerando que esta tese consiste na reflexão teórica de um percurso pessoal e profissional sobre as consultas conjuntas, esperamos que este trabalho possa ser usado e, assim, desconstruído e reconstruído por cada um de seus leitores.

**PARTE I: A CONSULTA CONJUNTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E SUAS INTERFACES COM A PSICANÁLISE**

2. A CONSULTA CONJUNTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS: CONCEPÇÃO TEÓRICO-POLÍTICA E (DES)ENCONTROS COM A PSICANÁLISE

Iniciaremos nosso percurso de estudo sobre a consulta conjunta abordando alguns aspectos históricos e político-institucionais da emergência da APS no Brasil, assim como apresentando elementos conceituais subjacentes a este campo. A partir desse panorama, realizaremos uma análise sobre a concepção de consulta conjunta desenvolvida no Brasil, sua introdução no âmbito da APS do SUS e seus desdobramentos, segundo os artigos acadêmicos nacionais publicados na última década. Por fim, discutiremos algumas questões que a proposta da consulta conjunta suscita no diálogo com a psicanálise.

2.1. DAS ORIGENS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PANORAMA

A reforma sanitária e a implantação de uma política de APS no Brasil são movimentos extremamente complexos em termos históricos, políticos e sociais. Desta forma, apresentaremos um breve “sobrevoo” nesta vasta área, destacando alguns aspectos que consideramos importantes para localizar a consulta conjunta no âmbito da APS, assim como introduziremos algumas noções teóricas que serão retomadas e discutidas no decorrer de nosso trabalho.

2.1.1. A emergência de um sistema de saúde universal e de base territorial

De acordo com Buss (1995), as ações de saúde pública no Brasil entre o início do século XX até os anos 60, eram predominantemente voltadas à prevenção e tratamento de doenças específicas – especialmente as transmissíveis –, a partir da realização de campanhas sanitárias. Neste contexto, durante as décadas de 30 e 40, a assistência em saúde nos centros urbanos era provida basicamente de duas formas: (1) por meio das clínicas privadas, para a pequena parcela de pessoas que possuíam condição de pagá-las; ou (2) por meio de hospitais pertencentes a instituições filantrópicas ou religiosas, que atendiam a maior parte da população. Deste modo, o

autor ressalta a presença de significativas desigualdades socioeconômicas na história do acesso à saúde no Brasil.

A partir dos anos 50, conforme Buss (1995), houve importante crescimento dos serviços de saúde privados no Brasil, sendo o número de hospitais privados em 1955 muito superior àqueles pertencentes aos institutos previdenciários ou ao Ministério da Saúde. Com o início do regime militar, durante a década de 60, acirrou-se a exclusão da parcela mais vulnerável da população, reproduzindo no campo da saúde as disparidades sociais presentes no país. Contudo, segundo o autor, o modelo “médico-assistencial privatista” começou a dar sinais de esgotamento durante a década de 70, especialmente devido a razões socioeconômicas⁹. Com o processo de redemocratização brasileiro em 1985, algumas mudanças políticas e institucionais no Brasil possibilitaram repensar as ofertas de saúde pública da época – já em evidente crise – em direção à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de acesso universal, gratuito e de base territorial.

Uma das principais inspirações para a formação do SUS consistiu no National Health Service (NHS), sistema de saúde inglês organizado após a segunda guerra mundial. Segundo Lobato e Giovanella (2014), o NHS foi o primeiro sistema nacional universal de saúde¹⁰, constituindo-se como um sistema hierarquizado de instituições, serviços e profissionais, que visa garantir o acesso à saúde de todos os cidadãos, independentemente de seus vínculos trabalhistas, contribuição previdenciária ou situação de renda.

O NHS foi criado em 1946, mas Lobato e Giovanella (2014) destacam que o serviço somente iniciou sua operação em 1948, ano em que todos os cidadãos britânicos passaram a ter registro junto a um *general practitioner* (GP). Este último profissional era um médico generalista, atuando no papel de “porta de entrada” (*gatekeeper*) do sistema de saúde e buscando, assim, obter a maior efetividade possível diante dos casos, encaminhando somente os pacientes que exigissem cuidados especializados para outros profissionais ou instituições de referência (p.ex. ambulatórios ou hospitais).

⁹ Buss (1995) indica como algumas das causas para o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista: elevação nos custos da assistência médica, recessão econômica e desemprego, decréscimo no financiamento do sistema de saúde (custeado pela tributação de salários) e crise fiscal do Estado.

¹⁰ Lobato e Giovanella (2014) assinalam estarem considerando o recorte do ocidente capitalista, visto ser difícil comparar sistemas de saúde em outros sistemas socioeconômicos.

O fato de uma das “origens” do sistema de saúde brasileiro estar no NHS é um dado relevante para o nosso estudo, pois encontramos nas obras de psicanalistas que atuavam na Inglaterra em meados do século XX – a exemplo de Michael Balint e Donald Winnicott – contribuições importantes sobre a relação entre o GP e os pacientes com os quais mantinham vínculos de acompanhamento (ALEXANDER, 2012; BAR-HAIM, 2018). Deste modo, algumas noções introduzidas por estes psicanalistas serão retomadas à luz da APS contemporânea, a fim de analisar a temática da consulta conjunta.

Por ora, consideramos importante aprofundar o papel do GP no serviço nacional de saúde inglês, assim como o lugar da APS no sistema de saúde implementado no Brasil.

2.1.2. A centralidade da Atenção Primária em Saúde

Conforme já sinalizado acima, desde o início do NHS, o GP ocupou importância central no funcionamento deste serviço. Segundo Giovanella e Mendonça (2014), nos primeiros anos de funcionamento do NHS, o GP atendia em seu consultório privado em sua tarefa de “porta de entrada” (*gatekeeper*) ao sistema de saúde. Após a criação de Centros de Saúde durante os anos 60, estes médicos generalistas passaram a oferecer consultas em ambientes multiprofissionais do NHS, trabalhando ao lado de enfermeiros, visitantes domiciliares e assistentes sociais.

No caso do Brasil, o processo de organização do SUS e de serviços de APS somente se daria algumas décadas mais tarde, sendo pensado desde o início como um processo coletivo e multiprofissional. Segundo Noronha, Lima e Machado (2014), no contexto de derrocada do regime militar, a reforma das políticas de saúde ganhou força no Brasil. Estes autores acrescentam que, a partir de meados dos anos 80, alguns profissionais oriundos do movimento sanitário assumiram postos importantes no Ministério da Saúde e nos Institutos Previdenciários, facilitando algumas mudanças e transformações. Além disso, os caminhos da saúde pública contaram com intensa participação social, tanto de trabalhadores como de outros atores da sociedade civil, o que pode ser evidenciado na realização em 1986 da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco na luta da saúde como direito. O final da década de 80 foi um período de rico debate em relação à saúde pública, que culminou na garantia

constitucional da saúde como “direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado”.

Como desdobramento da nova carta magna, a Lei n. 8080, promulgada em 1990, deu materialidade ao SUS, sendo este definido como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). Desde a sua promulgação, esta lei preconiza que as ações e serviços componentes do SUS sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Neste ponto, podemos perceber novamente a evidente influência do NHS, sistema marcadamente territorializado e organizado a partir de profissionais e centros de saúde que atuam como porta de entrada aos serviços de saúde.

Para além dos aportes do NHS, Giovanella e Mendonça (2014) sublinham que as perspectivas propagadas na “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, ocorrida na cidade de Alma-Ata em 1978, também representaram contribuições fundamentais para a constituição da APS brasileira. Neste sentido, o SUS construiu uma concepção de APS mais ampla que aquela presente nas primeiras décadas do NHS, pois visaria incluir e articular a assistência, a promoção e proteção em saúde. Neste sentido, as autoras destacam algumas **caraterísticas da APS abrangente** presentes no SUS:

- (i) ser “**porta de entrada**” (*gatekeeper*) para o sistema de saúde, ou seja, tanto o primeiro contato daqueles que buscam assistência em saúde, como filtro aos serviços especializados;
- (ii) a **longitudinalidade**, compreendida como cuidado dos pacientes/famílias ao longo da vida por parte do profissional/equipe, nos diversos momentos do processo saúde-enfermidade;
- (iii) a **abrangência**, ou seja, a oferta de serviços preventivos e curativos, que contemplem às dimensões orgânica, psíquica e social da população;
- (iv) a **coordenação de cuidado** dos pacientes/famílias de referência nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde;
- (v) a **orientação para a comunidade**, o que implica na compreensão sobre o contexto econômico e social dos usuários do sistema, conhecendo fatores de risco e potencialidades locais, assim como envolvendo a comunidade na busca de soluções conjuntas;

(vi) a **centralidade da família**, concepção-chave para compreender e intervir nos processos saúde-enfermidade;

(vii) o reconhecimento das **necessidades dos diferentes grupos** populacionais (em relação à aspectos étnico, raciais e culturais).

A concepção de APS abrangente presente na constituição no SUS é importante para entendermos o sentido de algumas noções e práticas que serão apresentadas na sequência do capítulo. Além disso, a ideia contemporânea de APS abrangente permite avaliar alguns alcances e limites da leitura de psicanalistas que serão discutidos ao longo de nosso trabalho – muitos dos quais publicaram antes da conferência de Alma-Ata –, buscando-se não incorrer em comparações anacrônicas.

Ainda sobre a APS brasileira, é importante acrescentar a ressalva de que grande parte dos documentos do SUS optam pela expressão “Atenção Básica”. Sobre este aspecto, Giovanella e Mendonça (2014, p. 499) declaram que “o uso do termo ‘atenção básica’ para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados¹¹, difundidos pelas agências internacionais”. Embora reconheçamos a pertinência da terminologia específica criada pelo SUS, utilizaremos em nosso trabalho o termo APS que, além de ser endossado pela Organização Mundial de Saúde (MATTA; MOROSINI, 2008), permite que o diálogo com autores internacionais se torne mais fluido.

Na busca da consolidação de uma APS abrangente, alguns modelos e concepções foram implementados no Brasil, emergindo uma proposta que se tornou predominante: a Estratégia Saúde da Família. Abordaremos na sequência alguns elementos fundamentais deste modelo, no qual a prática das consultas conjuntas pode ser considerada mais frequente que em outros arranjos de APS no SUS.

2.1.3. A constituição da Estratégia Saúde da Família no SUS

A partir das primeiras experiências com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médicos comunitários em territórios de grande vulnerabilidade socioeconômica,

¹¹ De modo sintético, considera-se que a APS focalizada ou seletiva (*selective primary care*) apresenta uma cesta restrita de serviço e ações de cuidado, comumente detendo-se na dimensão de assistência em saúde – ou seja, não incluindo a proteção e promoção em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

propôs-se no início dos anos 90 o Programa Saúde da Família, visando acompanhar grupos familiares de algumas regiões do Brasil por meio de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), presentes nas próprias comunidades. Sobre esta proposta, Giovanella e Mendonça (2014) destacam que o programa inicialmente mantinha características de uma “APS seletiva”, visto ser focalizado em populações muito pobres, oferecendo um número restrito de serviços/recursos em saúde, assim como realizando baixa articulação com a rede assistencial. A partir de 2006, o Programa Saúde da Família foi adotado como estratégia prioritária para organizar a APS, o que se desdobrou em 2011 na proposição da Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciativa de caráter mais abrangente e que teve como escopo a articulação com os demais níveis de atenção em saúde (p.ex. especializada e hospitalar), assim como o objetivo de ordenar e orientar a (re)estruturação do sistema de saúde.

Giovanella e Mendonça (2014, p. 520, grifo nosso) apresentam a ESF da seguinte forma:

A concepção de atenção primária da Estratégia Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adstrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família constitua a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção resolutivo, integrado à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe - composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde - fique responsável por em média três mil pessoas residentes em área geográfica delimitada. Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde, as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade [...].

Logo, a ESF compreende os objetivos da APS abrangente apresentados acima, tendo como particularidade o acompanhamento de todos os membros de um grupo familiar por meio de uma Equipe de Saúde da Família (EqSF) multiprofissional.

Alguns autores ressaltam ainda outras características específicas da ESF em relação a outros modelos nacionais e internacionais de APS: a concepção da intervenção por meio da equipe multiprofissional, de modo que esta não seja vista como mera auxiliar à intervenção médica; a presença dos ACS nas equipes multiprofissionais; e a flexibilidade de atuação da equipe ao contexto socioeconômico e cultural da localidade em que está inserida (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006; SAMPAIO; MENDONÇA; JUNIOR, 2012). Além disso, a depender das prioridades e da gestão de saúde municipal, os pontos de atendimento da APS, seus programas e

recursos podem ser ampliados, contando-se com outros serviços, a exemplo do Centro de Convivência e Cultura ou o Consultório na Rua (BRASIL, 2011).

Conforme Giovanella e Mendonça (2014), embora a ESF tenha se estruturado como referência a ser seguida no SUS, podem ser encontradas no país importantes desigualdades de situações/condições para sua implementação em diversas localidades, havendo ainda muitos municípios do país sem a ESF. Além disso, nas cidades que implementaram a ESF, muitas equipes não contariam com todos os profissionais previstos ou possuiriam, na prática, uma população adscrita maior do que a preconizada pela política de saúde. A este último problema soma-se ainda as mudanças nas políticas de APS realizadas nos últimos cinco anos, que têm flexibilizado os modelos de APS financiados pelo Ministério da Saúde para além da ESF, colocando em questão a consolidação de uma APS abrangente (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Deste modo, podemos compreender que, devido a diferentes razões políticas de âmbito federal ou regional, podemos encontrar uma diversidade de conformações de APS no Brasil, embora a ESF persista como uma referência nacional, assim como um modelo predominantemente defendido pelos pesquisadores brasileiros da área (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014). Este ponto nos parece importante, visto que nosso estudo parte da experiência profissional em uma localidade na qual a ESF mantinha razoável proximidade com o que é tipificado pelo SUS. No entanto, conforme indicamos em nossa introdução, convidamos o leitor a “traduzir” as contribuições apresentadas ao longo desse estudo às mais diversas realidades de trabalho.

Tendo em vista este breve panorama sobre a implantação da ESF no SUS, abordaremos na sequência a noção de “clínica ampliada”. Esta concepção perpassa o surgimento de algumas das ideias já apresentadas acima, além de ser fundamental para entendemos o papel preconizado ao psicólogo na APS, incluindo a realização de consultas e outras formas de atuação conjunta com as EqSF.

2.2. CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL

A noção de clínica ampliada foi introduzida pelo médico sanitário Gastão Wagner Campos ao discutir os diferentes tipos de assistência em saúde realizados na prática pelos profissionais do SUS. Para tanto, o autor parte de diferentes influências

teóricas e filosóficas¹², dentre os quais a psicanálise ocupa um lugar importante. A fim de exemplificar sua proposta, Campos (2003a) apresenta três “tipos de clínica” que, enquanto construtos paradigmáticos, ajudariam a pensar sobre algumas posturas profissionais e arranjos possíveis de trabalho.

O primeiro tipo é a “clínica degradada”, fruto tanto de uma política pública inadequada como de um comportamento marcadamente alienado do profissional de saúde. Neste primeiro tipo, a atuação se daria de forma padronizada, seguindo uma lógica de “queixa-conduta”, para além das necessidades dos pacientes e das singularidades de cada caso. O segundo tipo é a “clínica oficial”, limitada em termos ontológicos por uma visão biologicista que, embora possa se adequar a critérios biomédicos, conduz ao “especialismo” e à fragmentação entre profissionais. Como alternativa aos dois tipos anteriores, Campos (2003a) propõe a “**clínica ampliada**” (também denominada de “clínica do sujeito”), atenção em saúde que olha para além da “enfermidade”, incluindo também o sujeito e o seu contexto como objeto de estudo e intervenção. É importante destacar que, para este autor, não se trata de subestimar a importância do adoecimento físico – a exemplo de alguns discursos que considerariam somente a dimensão social ou subjetiva –, mas operar numa clínica que abarque tanto o sujeito como a enfermidade.

Para Campos (2003a), a clínica ampliada seria favorecida pela atuação de uma equipe composta por diferentes profissionais. Contudo, o autor diferencia sua proposta do que ele denomina de “lugar comum pós-moderno da transdisciplinaridade”, considerando este último como um discurso que nega o desenvolvimento de saberes e tecnologias específicos. Neste sentido, Campos apresenta um conjunto de construtos teóricos que auxiliariam na efetivação de uma clínica ampliada: os conceitos de campo e núcleo de saberes e responsabilidades; a noção de equipe de referência; e a proposta de apoio especializado matricial.

Conforme já indicamos acima, um grande problema para Campos refere-se à possibilidade de um trabalho coletivo potente e efetivo, sem recair em um discurso transdisciplinar que tenha pouca operacionalidade no cotidiano dos profissionais. Para

¹² Campos (2003b) declara que suas reflexões no campo da saúde coletiva são realizadas a partir de uma metodologia “antropofágica”, incorporando muitas referências distintas e inspirando-se, nesse movimento metodológico, no grupo modernista brasileiro. Neste sentido, Campos não é um psicanalista, embora possamos considerá-lo como um pensador que se coloca, em certo sentido, na perspectiva de interação com a psicanálise, trabalhando com conceitos de S. Freud, D. Winnicott, M. Balint, E. Pichon-Rivière e R. Kaës (CAMPOS, 1999, 2003a, 2007; ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

auxiliar na construção de alternativas, o autor apresenta o seguinte par de conceitos: “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220, grifo nosso). De acordo o autor, cada um destes conceitos estaria relacionado a uma necessidade – ou inevitabilidade – das práticas de saúde em termos institucionais e sociais: por um lado, o conceito de núcleo estaria atrelado à necessidade de as profissões ou áreas do saber possuírem “identidades” singulares; o conceito de campo, por sua vez, reconheceria a atuação transversal, na qual as identidades distintas operariam conjuntamente face à realidade complexa (p.ex. o processo saúde-enfermidade).

Campos acrescenta ainda que, em sua concepção, campo e núcleo não seriam categorias binárias, mas termos em constante correlação. Neste sentido, ele propõe a seguinte imagem: “Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (CAMPOS, 2000, p. 221, grifo nosso). Além disso, lançando mão de uma metáfora psicodinâmica, ele afirma que os conceitos de campo e núcleo foram propostos a fim de escapar tanto do “isolamento paranoico” como da “fusão esquizofrênica” no trabalho realizado entre vários profissionais.

Os conceitos de núcleo e campo de saberes e práticas possuem estreita ligação com a noção de **equipe de referência**. Sobre este tema, ele declara:

A reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo [...] sugere-se a adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto. Neste sentido, recomenda-se a adoção – como norma organizativa – de um novo sistema de referência entre profissionais e usuários. Cada serviço de saúde seria reorganizado por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. (CAMPOS, 1999, p. 395–396)

Assim, a concepção de EqSF é, em parte, efeito da compreensão acima, que propõe o cuidado a partir de um novo modelo de relação entre profissionais/clínicos e pacientes, ambos entendidos como sujeitos. Destaca-se ainda que, para o autor, um dos recursos mais importantes para uma clínica de qualidade é o fortalecimento do vínculo entre o paciente, as famílias e a comunidade com a equipe de referência – ou, ao menos, com alguns de seus profissionais (CAMPOS, 2003c).

Para Campos (1999) a delimitação de um grupo populacional à determinada equipe está estreitamente relacionada à noção de vínculo, assim como à perspectiva de que os profissionais possam acompanhar longitudinalmente o processo “saúde-enfermidade” de cada paciente, em seu contexto familiar. Sobre o papel dos pacientes e da equipe na constituição de um vínculo, ele afirma:

Do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados (CAMPOS, 2003c, p. 68–69).

A ideia de vínculo é pensada por Campos (1999) em diálogo com o conceito psicanalítico de transferência, de modo que o autor propõe que este possa ser extrapolado a fim de se tornar útil ao trabalho clínico no SUS em termos amplos. Neste sentido, Campos indica que a transferência está relacionada aos afetos – tanto os positivos como os negativos – que se encontram em circulação entre profissionais e pacientes, o que precisaria ser colocado em trabalho pela equipe de saúde. Ademais, sublinha-se que, para o autor, um profissional de equipe pode ter maior vinculação com determinado paciente em determinada situação, fazendo-se útil também fazer uso da noção de “**profissional de referência**” – o principal responsável na equipe pela condução do projeto terapêutico de um determinado paciente –, elemento fundamental para o cuidado de casos mais complexos e difíceis.

As reflexões sobre equipe e profissional de referência levaram Campos (1999) a considerar a importância de os profissionais mais “generalistas” terem retaguardas “especializadas”, a fim de sustentar o vínculo com os pacientes e ganhar maior efetividade na atenção em saúde. Neste sentido, o autor propõe a noção de “**apoio matricial**”, para denominar a atuação de um especialista para determinado número de equipes de referência. Na origem deste conceito, encontra-se ainda a proposta de modificar a lógica de encaminhamentos de pacientes entre profissionais e serviços de saúde, visto que “quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência” (CAMPOS, 1999, p. 396). Assim, enquanto a prática de encaminhamentos tenderia gerar longas filas de espera e “percursos intermináveis” para o paciente, o apoio matricial visaria favorecer a atuação conjunta entre profissional “especialista” e equipe de referência “generalista”, sendo esta última a principal responsável pelo acompanhamento longitudinal dos pacientes.

Segundo Campos (1999), o apoio matricial contribuiria para que os profissionais e/ou equipes de referência possam se encarregar integralmente dos casos, reduzindo a fragmentação do trabalho em saúde. Além disso, o autor reconhece o impasse de haver recursos insuficientes em saúde face a uma demanda que tende a ser infinita; neste sentido, o apoio matricial poderia auxiliar as EqSF na definição de prioridades, facilitando a reflexão para a construção de projetos e alternativas de cuidado possíveis – ainda que não as “ideais” – para cada contexto singular (CAMPOS, 2003c).

Ao discutir a interrelação entre equipe de referência e apoio matricial, Campos (1999) faz uso de – ou em suas palavras, “rouba e reconstrói” – a noção psicanalítica de *setting*. Ele afirma:

Freud desenvolveu seu famoso *setting* terapêutico – atendimento individual, livre fluxo de fala, divã etc. – pensando em um espaço que protegesse e estimulasse inter-relações de transferência e contratransferência entre a dupla encerrada no consultório, para que daí resultasse material para análise [...]. Os processos de trabalho em saúde – no hospital, centro de saúde etc. –, em certo sentido, deveriam ser considerados como *settings*. Neste caso, caberiam algumas questões: – que vínculos estariam favorecendo e produzindo as distintas ordenações? Ou: – estar-se-iam produzindo alienação e interações inadequadas para tratar os problemas de saúde em jogo, ou estar-se-iam estimulando vínculos produtivos, potentes e necessários aos casos em foco? Assumi-se, ao sugerir a organização do trabalho em saúde com base em equipes de referência e apoio matricial, o pressuposto de que pequenas alterações na ordenação dos *settings* sanitários poderiam estimular e promover distintas qualidades de vínculo e de resultados da atenção em saúde. (CAMPOS, 1999, p. 401, grifo nosso).

Desta forma, podemos perceber que o *setting* clínico estabelecido por Freud foi uma referência para Campos apresentar uma noção de “*setting* sanitário”: a concepção de que a situação clínica estabelecida entre a equipe de referência e o apoio matricial se configuraria como um *setting* específico da saúde coletiva, que favoreceria aos profissionais ampliar o cuidado, lidar melhor com as questões institucionais e, na medida do possível, trabalhar de forma mais satisfatória. Embora Campos não esteja produzindo sua proposta no lugar de psicanalista – conforme apontamos acima –, entendemos haver certa interação com a psicanálise já na proposta do apoio matricial, elemento ao qual retornaremos ao longo de nosso trabalho.

Antes de explorarmos a consulta conjunta como prática inserida no âmbito do apoio matricial, entendemos ser importante apresentar considerações sobre os desdobramentos de algumas ideias de Campos nas iniciativas do Ministério da Saúde nas últimas décadas. O apoio matricial se constituiu em política consolidada no SUS,

dando origem em 2008 aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diversas especialidades médicas e/ou profissionais de distintos campos do saber, havendo a recomendação da presença de ao menos um profissional especializado em saúde mental (p.ex. psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra) por equipe (BRASIL, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014). A partir da descontinuidade de financiamento federal do NASF nos últimos anos, este modelo seguiu em alguns municípios, embora não tenha sido mantido – ou sequer implantado – em outras localidades (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Embora avaliemos como fundamental o debate sobre o financiamento das equipes de apoio matricial, consideramos que, para o escopo de nosso trabalho, as reflexões sobre a consulta conjunta entre psicólogo e profissionais da APS diriam respeito tanto aos contextos que possuem como aos que não possuem o modelo de NASF.

Além disso, entendemos que a própria concepção de apoio matricial, na medida que se torna parte da política pública, também é objeto de compreensões e perspectivas distintas – por vezes em disputa – entre profissionais e/ou pesquisadores do campo da saúde coletiva. Podemos considerar que o apoio matricial possui elementos complexos e abrangentes, implicando ações em dois grandes grupos: (1) atividades conjuntas relativas à assistência em saúde, nas quais o matriciador opera em um lugar mais próximo ao “clínico” e/ou “especialista”; (2) e ações que fomentam a formação e ordenamento das equipes e dos serviços, nos quais o matriciador trabalha juntamente às equipes no sentido da ampliação dos saberes e das capacidades do cuidado no âmbito do território e da rede intersetorial. Na prática, identificamos que estes dois campos de ação tendem a serem compreendidos e conjugados de modo diferente em cada localidade¹³. Além disso, as interfaces entre esses dois campos dão-se de modos distintos em cada uma das práticas ou estratégias de apoio matricial. Considerando alguns aspectos da constituição do SUS e da realização de práticas de apoio matricial, voltemo-nos agora para a questão das intervenções conjuntas no apoio matricial em saúde mental no SUS, temática na qual se insere a consulta conjunta.

¹³ O que foi constatado em nossa experiência no SUS, mas também é sinalizado em algumas pesquisas de campo abordadas no subcapítulo 2.3.2.

2.3. APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E CONSULTA CONJUNTA

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial às equipes de referência sempre implica na construção de um projeto terapêutico, ou seja, no planejamento de um cuidado ampliado, que visa integrar enfermidade, sujeito e contexto. Contudo, para estes autores, o apoio matricial pode se efetivar em termos práticos por meio de três planos fundamentais:

a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401, grifo nosso).

Desta forma, podemos compreender que as **intervenções conjuntas** fazem parte de um feixe abrangente de ações de apoio matricial, que poderia incluir, por exemplo, visitas domiciliares realizadas entre vários profissionais ou, ainda, grupos e consultas conduzidos de forma colaborativa. Considerando que cada “núcleo” de especialidade (p.ex. psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta etc.) possui suas próprias especificidades no apoio matricial, a proposição das intervenções conjuntas não contempla um detalhamento exaustivo das possibilidades encontradas em cada uma destas estratégias.

No processo de delimitar e denominar com mais clareza as distintas práticas de apoio matricial, foram publicados pelo Ministério da Saúde documentos específicos para orientar algumas áreas de especialidade. Neste contexto, destacamos o “Guia prático de matriciamento em saúde mental”, de autoria de Chiaverini *et al.* (2011), publicação do SUS que se detém de modo mais detalhado às diferentes modalidades de atendimento e intervenções conjuntas no campo da saúde mental. Para tanto, os autores do “Guia prático” resgatam as noções de Campos apresentadas acima, destacando a relevância de profissionais com maior qualificação em saúde mental (p.ex. psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional) apoiarem as equipes de referência na perspectiva de estas lidarem com a dimensão psíquica e emocional das populações que acompanham, tanto dos casos mais cotidianos como dos transtornos

mentais mais graves. Neste contexto de discussão, Chiaverini *et al.* (2011) distinguem a consulta conjunta de outras formas de acompanhamento compartilhado no âmbito da APS. Desta forma, voltemo-nos para algumas especificidades da consulta conjunta, a partir do que é apresentado nesta obra.

2.3.1. A concepção da consulta conjunta no Brasil e sua inserção nas práticas de apoio matricial

Chiaverini *et al.* (2011) apresentam a consulta conjunta salientando ser uma ferramenta “pouco explorada na literatura” e apresentam como principal referência teórica um artigo sobre o tema publicado em 2005 pelo médico e psicanalista Júlio Mello Filho e pela psicóloga Lia Silveira. Abordaremos inicialmente algumas ideias presente nesse artigo, considerando também a contextualização feita pelo autor em outro trabalho (MELLO FILHO, 2007; MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005).

Mello Filho (2007) afirma ter concebido seu modelo de consulta conjunta por volta de 1980, ao longo de seu trabalho como professor de Psicologia médica junto a residentes de medicina em um hospital universitário do Rio de Janeiro. Sobre a origem dessa ideia, o autor remonta a um caso clínico atendido naquele período: uma mulher de meia-idade com quadro grave de asma brônquica, que apresentava dificuldade em seguir as prescrições médicas e indicava uma relação ambivalente com a equipe do serviço. De acordo com o autor, realizou-se uma série de entrevistas com a presença do residente, que inicialmente não intervinha tão ativamente nas consultas, mas que paulatinamente foi assumindo o protagonismo da condução do caso (MELLO FILHO, 2007; MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005). Sobre este episódio, o autor acrescenta:

A asma dessa paciente mostrou-se francamente psicogênica, como eu suspeitava, pois se relacionava com a problemática de um filho que flutuava entre estar morando em casa ou fora dela, frustrando a paciente. [...] Com a quase cessação das crises asmáticas e de um estado depressivo no qual estava envolvida, pareceu transformar-se em outra pessoa e ganhar vida nova. Todavia, era portadora de uma doença crônica e precisaria continuar sua assistência médica, que foi deixado a cargo do residente (MELLO FILHO, 2007, p. 109–110).

Segundo Mello Filho (2007), sua concepção de consulta conjunta seria um desdobramento de sua apropriação da obra de Michael Balint, médico e psicanalista húngaro que iniciou um trabalho de grupo junto a médicos de família, na perspectiva de promover um cuidado com maior integração entre os aspectos somáticos e psíquicos do adoecimento. Foi a partir da vivência e proposição de grupos

semelhantes aos de Balint que Mello Filho teria introduzido modalidades diferenciadas de formação em saúde, nas quais a relação dos residentes com seus pacientes estaria em primeiro plano.

Mello Filho (2007) também indica a influência do psicanalista argentino Isaac Luchina que, igualmente baseando-se em Balint, propôs estratégias e abordagens de trabalho entre os profissionais de saúde “generalistas” e os profissionais “psi”, de modo a repensar a lógica de encaminhamentos no contexto hospitalar, centrando-se na relação entre os profissionais (e equipe) com o paciente. Neste sentido, destaca-se a noção de “interconsulta médico-psicológica”, na qual o profissional “psi” consideraria não apenas os elementos emergentes na entrevista com o paciente, mas também os aspectos advindos da solicitação de parecer e do funcionamento da equipe de saúde (LUCHINA, 1975; MELLO FILHO, 2007).

Partindo das influências apontadas acima, Mello Filho (2007) destaca a diferença entre sua proposta de consulta conjunta e a situação “tradicional” da presença de residentes em consultas com docentes ou outros médicos mais experientes. Em sua proposta, a consulta conjunta seria caracterizada pela interação entre dois profissionais, de forma que ambos possam aprender algo com a experiência. Embora o autor considere sempre haver um pedido de ajuda na consulta conjunta – e deste modo, algum nível de relação assimétrica –, uma das características dessa prática seria a possibilidade de “inversão de papéis” entre os profissionais participantes. Além disso, o autor acrescenta que, enquanto a “tradição médica” teria por hábito a discussão dos profissionais sem considerar seus efeitos no paciente que a escuta, na consulta conjunta as possibilidades iatrogênicas daquilo que se aborda em frente ao paciente deveria estar sempre em pauta.

Embora o autor contextualize a proposição da consulta conjunta no âmbito de um programa de residência médica, Mello Filho e Silveira (2005) desenvolvem seu artigo destacando a consulta realizada conjuntamente por médico e psicólogo, indicando para ambos os profissionais os seguintes objetivos comuns: propiciar apoio mútuo; integrar e ampliar saberes e práticas e; identificar diferentes aspectos envolvidos no processo saúde-doença.

De acordo com Mello Filho e Silveira (2005, p. 149), a principal característica da consulta conjunta consiste em “unir o viés assistencial ao pedagógico na medida em que integra pessoas e saberes na aprendizagem em serviço”. Ambientando a consulta conjunta no cenário hospitalar, os autores ainda propõem – embora não

aprofundem – que esta estratégia seja pensada num contexto institucional mais amplo, sugerindo que se fomentem práticas como a discussão de casos e a produção acadêmica conjunta.

Apesar de o artigo de Mello e Filho e Silveira (2005) ser a principal referência para a discussão no “Guia Prático de matriciamento em Saúde Mental”, o fato de este último documento se destinar ao campo da APS e dos serviços substitutivos de saúde mental do SUS implica em algumas especificidades (CHIAVERINI *et al.*, 2011). Neste sentido, destacamos que um dos autores do guia de matriciamento é Luiz Chazan, médico e psicanalista que trabalhou junto com Mello Filho, dedicando-se também à prática da consulta conjunta na APS (CHAZAN *et al.*, 2017; FORTES; FURLANETTO; CHAZAN, 2005; MELLO FILHO, 2007).

Para Chiaverini *et al.* (2011), a consulta conjunta se insere em um campo mais amplo de práticas de matriciamento reunidas sob o termo “interconsulta”, que abarcaria modalidades de trabalho conjunto, a exemplo da discussão de caso (entre dois ou mais profissionais) ou da visita domiciliar realizada pela equipe. Em relação à consulta conjunta, os autores entendem não haver uma categoria profissional ou número exato de trabalhadores indicado para compor a consulta, propondo-se no mínimo: um “matriciador”, aquele que “oferece apoio” e que pode ser psiquiatra, psicólogo ou outro profissional com experiência em saúde mental; e um “matriciando”, profissional da APS que “recebe apoio”, podendo ser médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde ou, até mesmo, um profissional das equipes de saúde bucal.

Ao detalharem alguns aspectos da prática da consulta conjunta, Chiaverini *et al.* (2011) acrescentam:

- (i) A sugestão de que o matriciador não atue como um prescritor de condutas. Neste sentido, os autores incentivam a participação ativa do matriciando, propondo que este último inicie a consulta e comunique ao paciente o que foi decidido conjuntamente;
- (ii) A orientação de que profissionais não discutam a conduta na frente do paciente, indicando a relevância dos espaços de trocas antes e depois da consulta;
- (iii) A importância do sigilo ao lidar com casos de saúde mental em serviços de base territorial (especialmente em relação aos profissionais que moram nas proximidades do serviço de saúde);

(iv) A recomendação de que o paciente seja consultado se está de acordo com a presença de dois ou mais profissionais na consulta.

Neste contexto, Chiaverini *et al.* (2011) sublinham que a consulta conjunta não esgota todas as necessidades de saúde mental presentes no cotidiano da APS, mas sustentam que a ferramenta auxilia na capacitação dos profissionais das equipes da ESF, possibilitando novos raciocínios clínicos e competências.

Em relação a outros textos técnicos do Ministério da Saúde¹⁴, a consulta conjunta é um recurso clínico aludido em alguns “Cadernos de atenção básica”, publicações dirigidas aos profissionais da APS no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, 2013, 2014). Embora estes materiais não apresentem conteúdos novos em relação ao “Guia prático de matriciamento em saúde mental”, os documentos enfatizam, por meio de seus exemplos, a participação do psicólogo em consultas conjuntas com os profissionais das equipes da APS.

A partir da análise das principais referências relativas à proposição da consulta conjunta no apoio matricial do SUS, podemos verificar que esta prática se deu a partir de certa apropriação de contribuições da psicanálise, especialmente da obra de Balint. Antes de nos voltarmos à análise de algumas problemáticas implicadas na interação entre a consulta conjunta na APS e a psicanálise, apresentaremos alguns aspectos sobre como a consulta conjunta tem sido discutida nas publicações acadêmicas brasileiras.

2.3.2. A consulta conjunta na literatura acadêmica sobre o apoio matricial

A fim de compreendermos como a consulta conjunta foi teorizada na literatura acadêmica sobre o apoio matricial, efetuamos levantamento do estado da arte sobre o tema no início da escrita da tese, atualizando este levantamento em 28 de junho de 2021. Para tanto, realizamos busca dos termos “consulta conjunta” ou “consulta compartilhada¹⁵” nos itens “título”, “assunto”, “resumo” e “palavras-chave” em três bases de dados: CAPES Periódicos; Scientific Electronic Library (SciELO); e Periódicos

¹⁴ A partir de pesquisa realizada em 28 de junho de 2021 na biblioteca eletrônica do Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/biblioteca>).

¹⁵ Considerando o uso abrangente e inespecífico dos termos “atendimento conjunto” e “atendimento compartilhado” – noções que abrangem diversas práticas, a exemplo de visitas, grupos, estratégias de acolhimento etc. –, não os incluímos em nossa busca.

Eletrônicos em Psicologia (PePSIC). Como resultado, foi identificado apenas o artigo de Mello Filho e Silveira (2005) – abordado acima –, o que indica a escassez de publicações especificamente dedicadas à consulta conjunta no âmbito do apoio matricial de saúde mental.

Para entender como a consulta conjunta tem sido abordada desde a publicação do “Guia prático de matriciamento em saúde mental”, ampliamos nossa pesquisa, incluindo os artigos sobre a temática do apoio matricial que abordam a prática. Deste modo, realizamos busca em 28 de junho de 2021 do termo “apoio matricial” nos itens “título”, “assunto”, “resumo” e “palavras-chave” de artigos publicados entre 2011 e 2021 em três bases de dados: CAPES Periódicos, com 349 resultados; Scientific Electronic Library (SciELO), com 239 resultados; Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), com 15 resultados.

A partir do conjunto de trabalhos sobre apoio matricial identificados nas bases de dados indicadas acima, selecionamos sete artigos que apresentam algum nível de discussão ou problematização sobre a consulta conjunta¹⁶. Estes trabalhos consistem em pesquisas qualitativas que, por meio de diferentes metodologias, apresentam importantes contribuições sobre os sentidos e significados atribuídos por diferentes profissionais envolvidos no apoio matricial.

Alguns dos artigos analisados enfatizam as potencialidades da prática da consulta conjunta. Por meio de entrevistas realizadas junto a gestores da APS e de outros serviços de saúde do estado de Pernambuco, Lima, Albuquerque e Wenceslau (2014) referem que a consulta conjunta é relacionada por alguns entrevistados à possibilidade de sustentação da educação permanente em saúde. Em pesquisa realizada junto a diversos profissionais que atuam em EqSF e NASF no município de São Paulo, Matuda *et al.* (2015) relatam que a consulta conjunta foi salientada em uma das entrevistas realizadas como forma de contratualização entre profissional generalista e apoiador matricial, no sentido de construção de um trabalho cooperativo. Por meio de grupos focais com profissionais matriciadores da região metropolitana do Recife, Nascimento *et al.* (2018) identificaram que as consultas conjuntas são entendidas como forma de “potencializar” o trabalho das equipes apoiadas.

¹⁶ A seleção dos artigos deu-se por dois critérios: (1) incluímos somente artigos que abordavam o trabalho na APS (ou Atenção Básica); e (2) excluimos os artigos que se limitavam a citar a consulta conjunta como uma modalidade de apoio matricial, sem apresentar qualquer comentário ou discussão sobre o tema.

Outros artigos, por sua vez, destacam dificuldades e impasses na prática das consultas conjuntas. A partir de entrevistas com integrantes de EqSF do município do Rio de Janeiro, Fittipaldi, Romano e Barros (2015) salientam alguns relatos de profissionais que não entendem as razões para a realização da consulta conjunta, assim como percebem o tempo disponibilizado pelos matriciadores como insuficiente. Abordando mais especificamente o trabalho dos psicólogos no apoio matricial em diferentes cidades do estado do Rio Grande do Norte, Cella e Oliveira (2015) salientam a dificuldade de estes profissionais incluírem os integrantes das EqSF nas consultas.

Dentre as publicações encontradas, destaca-se a maior complexidade de debate em dois artigos cujo autor principal é Luiz Chazan. Em um dos trabalhos, decorrente de grupo focal com profissionais matriciadores de saúde mental do município do Rio de Janeiro, Chazan *et al.* (2019) destacam a resistência de alguns médicos na participação da consulta conjunta com psicólogos. Neste sentido os autores salientam dois aspectos: (1) a importância da formação específica dos profissionais para a realidade de trabalho da APS; e (2) a correlação entre um contexto institucional de maior horizontalidade entre os profissionais e a viabilidade de realização da consulta conjunta, tema também retomado pelos autores em revisão narrativa publicada no ano seguinte (CHAZAN; FORTES; CAMARGO JUNIOR, 2020).

A partir do levantamento bibliográfico acima, verificamos que a consulta conjunta é predominantemente abordada em relação ao campo de saúde mental na APS. Além disso, identificamos que os artigos analisados acima não aprofundam a discussão sobre os aspectos técnicos da consulta conjunta, nem citam trabalhos específicos sobre a consulta conjunta em suas referências bibliográficas, embora quatro das publicações façam referência ao “Guia Prático de Matriciamento em saúde mental” (CELLA; OLIVEIRA, 2015; CHAZAN *et al.*, 2019; CHAZAN; FORTES; CAMARGO JUNIOR, 2020; FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

Nos sete artigos analisados acima, identificamos uma ênfase ao que podemos denominar, nos termos propostos por Mello Filho e Silveira (2005) e Chiaverini *et al.* (2011), de “dimensão pedagógica” da consulta conjunta. Neste mesmo sentido, identificamos a dissertação “Consulta conjunta em saúde mental: limites e possibilidades de uma estratégia de formação”, de autoria da psicóloga Josyane de Jesus (2011). Para este trabalho, a pesquisadora realizou entrevistas semidirigidas com treze profissionais da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro – incluindo profissionais no papel de matriciadores e de matriciandos. A partir da pesquisa de

mestrado, a autora destaca a potência da consulta conjunta como forma de “aprendizagem em ato”. Além disso, como contribuição clínico-institucional, a autora salienta a possibilidade de a consulta conjunta favorecer o suporte emocional mútuo entre os profissionais.

De modo geral, entendemos que os trabalhos acima abordam a consulta conjunta – de modo mais ou menos explícito – no âmbito da Educação Permanente em Saúde, campo que visa o intercâmbio de conhecimentos e a formação profissional a partir da realidade e do cotidiano do trabalho. Ceccim e Ferla (2008) destacam a importância da Educação Permanente se dar a partir de trocas mútuas e na crítica à cristalização de papéis de educador e educando. Assim, as publicações sobre apoio matricial e consulta conjunta realizadas desde o “Guia prático de matriciamento em saúde mental” salientam a importância de uma relação menos hierárquica e de maior mutualidade entre matriciador-matriciando, mas seguem enfatizando a dimensão formativa da consulta conjunta, especialmente no que tange à expectativa de ampliação das potencialidades clínicas dos profissionais generalistas das EqSF.

Além das publicações acadêmicas abordadas acima, destacamos ainda uma interessante problematização apresentada pelo médico sanitário Roberto Farias (2009) em evento realizado pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo nos primeiros anos de funcionamento do NASF. Ele afirma:

Alguns profissionais marcam atendimentos com o psicólogo ou com outro profissional do NASF. Não deveria ser assim; eles deveriam estar envolvidos num determinado caso que fosse atendido junto com os profissionais de Saúde da Família. São consultas conjuntas, atendimentos conjuntos. Como eu dizia, não para dar conta da demanda [...] Então, destaco a consulta conjunta porque já escutei muito ‘sempre fizemos junto: fazemos mais rápido, damos conta e a fila acaba’. Mas não deve ser assim; o objetivo é ampliar a capacidade do profissional de atender. Essa é apenas uma forma de Educação Permanente que estamos colocando; ou seja, não é para fazer sempre consulta conjunta. (FARIAS, 2009, p. 24).

Consideramos as colocações do autor de grande relevância, visto questionar o uso indiscriminado da consulta conjunta, especialmente quando esta busca simplesmente “dar conta da demanda”. Além disso, identificamos novamente a ênfase de formação profissional dos integrantes das EqSF, de tal modo que possíveis implicações clínicas da prática da consulta conjunta não são abordadas.

Embora a consulta conjunta seja apresentada como composta por duas dimensões – formação entre profissionais e assistência aos pacientes –, não identificamos uma discussão aprofundada sobre as potencialidades e limites desta

prática em um viés clínico. Ao pensarmos sobre o sentido etimológico da “clínica” (*klinicos*) como “inclinarse no cuidado daquele que sofre” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011), entendemos que a psicanálise possui contribuições fundamentais sobre este aspecto. Deste modo, voltemo-nos a algumas questões emergentes da interação entre psicanálise e a consulta conjunta na APS.

2.4. CONSULTA CONJUNTA, PSICANÁLISE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: TENSIONAMENTOS E INTERFACES

Tendo em vista as ideias apresentadas em nosso trabalho até aqui, torna-se pertinente perguntar: quais são as interfaces (ou tensionamentos) entre a psicanálise e a consulta conjunta na APS? Embora no levantamento bibliográfico não tenhamos identificado artigos recentes que abordem a prática da consulta conjunta a partir de uma perspectiva psicanalítica, consideramos relevante o fato de dois médicos psicanalistas figurarem em importantes publicações sobre o tema: Júlio Mello Filho, autor dos trabalhos inaugurais e mais citados sobre a consulta conjunta no Brasil; e Luiz Chazan, coautor de alguns dos primeiros documentos e artigos sobre a prática da consulta conjunta na APS do SUS.

Apesar de identificarmos a autoria de psicanalistas em publicações de grande relevância sobre a consulta conjunta, isso não nos parece o suficiente para considerarmos esta prática como necessariamente compatível com algumas premissas teóricas e clínicas da psicanálise. Neste sentido, sublinhamos as constantes indagações que vivenciamos no trabalho na APS, nas quais o alcance clínico da consulta conjunta e a potencial dimensão formativa desta prática eram objetos frequentes de nossa inquietação. A fim de refletirmos sobre este problema, consideramos de fundamental importância pensarmos essas questões a partir de Freud.

2.4.1. **Psicanálise e consulta conjunta: algumas questões a partir de Freud**

No que se refere à dimensão formativa da consulta conjunta para os profissionais participantes, é importante levantar a questão: algo da psicanálise poderia ser “ensinado” (ou transmitido) por meio de tal modalidade de consulta?

Desde o início da psicanálise, Freud (1996a) enfatiza a importância de a formação para a prática psicanalítica *strictu sensu* fundar-se na experiência de análise pessoal, assim como na supervisão e no estudo da teoria psicanalítica. Além disso, o autor também diferencia o que se aprende a partir da psicanálise (advindo da experiência analítica) do que eventualmente alguém aprende “sobre” a psicanálise, conhecimento que poderia ter relevância no contexto das práticas de saúde.

A dimensão assistencial (ou clínico) da consulta conjunta também levanta algumas questões a partir de um viés psicanalítico. Embora este elemento seja pouco explorado na literatura – conforme abordamos acima –, os exemplos de consulta conjunta relatados na literatura brasileira se referem à realização de um ou poucos encontros com os pacientes. Neste sentido, o artigo de Mello Filho e Silveira (2005) advoga grande potencial de cuidado das pessoas atendidas a partir de intervenções pontuais do psicólogo. Este elemento é aprofundado em versão ampliada do mesmo artigo, com a participação da psicóloga Miriam Burd, na qual os autores ressaltam que “pequenos assinalamentos do profissional ‘psi’ podem mudar todo o rumo do encaminhamento da consulta” (MELLO FILHO; SILVEIRA; BURD, 2010, p. 605).

Um contraponto importante à perspectiva das “intervenções pontuais” consiste na advertência feita por Freud (1996f) acerca dos riscos iatrogênicos das intervenções “selvagens”, feitas sem se considerar o tempo de progresso do paciente e fundadas na concepção de tratamento a partir do esclarecimento teórico (informação). Deste modo, outra pergunta se colocou: em que medida – ou sob quais condições – a consulta conjunta seria uma intervenção selvagem ou uma prática clínica relevante?

Embora as questões apresentadas acima sejam elaborações advindas da escrita da tese, inquietações semelhantes se fizeram presentes em nossa prática como psicólogo no apoio matricial – algumas das quais já apresentadas na introdução de nosso trabalho. Contudo, paralelamente aos riscos de incursão em uma prática clínica e formativa potencialmente equivocada, percebíamos em nosso cotidiano grande potencialidade no uso da consulta conjunta, verificando benefícios em termos de cuidado para o paciente, assim como de reposicionamento profissional para aqueles implicados nesta prática. Seria possível compreender tais potencialidades da consulta conjunta em diálogo com a psicanálise?

Diante deste tensionamento entre limites e possibilidades, faz-se interessante remeter à expectativa de Freud sobre a psicanálise se tornar um saber relevante às

instituições de saúde pública. Em palestra realizada em Budapeste no ano de 1919, ele afirma:

Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, 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, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados [...] Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. (FREUD, 1996c, p. 180, grifo nosso)

Embora na citação acima Freud não renuncie ao rigor na formação e prática analítica, ele apresenta a possibilidade de instituições contarem com “médicos analiticamente preparados”, indicando a possibilidade da circulação do saber psicanalítico em instituições de saúde pública em termos distintos dos quais ocorria para os psicanalistas na prática privada.

Ainda na palestra realizada em Budapeste, Freud (1996c) acrescenta que a ampliação social da psicanálise – como um direito acessível também aos que não podiam arcar com os custos de um tratamento privado – exigiria a adaptação da técnica analítica “às novas condições” desta situação clínica. Neste contexto, o autor indica um raciocínio clínico que inclui a dimensão social, declarando que ante a casos de alta vulnerabilidade socioeconômica “talvez só poderemos conseguir alguma coisa combinando a assistência mental com certo apoio material” (FREUD, 1996c, p. 181). Assim, embora ainda como um projeto a ser efetivado, verificamos a perspectiva de Freud de que a psicanálise se faça presente, em interação e transformação, nas instituições de saúde pública.

Ao longo de nossa investigação – atravessada pelas indagações e perguntas apresentadas acima – percebemos que o fato de a palestra de Freud (1996c) ter sido realizada em Budapeste é um aspecto relevante, devido à vanguarda dos psicanalistas húngaros em responderem à sua convocação de “despertar a consciência”, buscando uma interação entre a psicanálise e o campo da saúde em termos abrangentes. Neste contexto, o pensamento de Michael Balint é uma referência de grande reconhecimento e se fez presente, conforme abordamos anteriormente, na própria concepção da consulta conjunta no Brasil. Contudo, a fim

de empreender uma investigação mais profunda, consideramos importante remontar a algumas contribuições inaugurais sobre as relações entre psicanálise e APS no pensamento de Ferenczi.

2.4.2. A clínica de Ferenczi e a Atenção Primária em Saúde

Nas origens do pensamento e perspectiva clínica do psicanalista húngaro Sándor Ferenczi encontram-se experiências afeitas ao campo de saberes que atualmente denominamos de saúde coletiva¹⁷. Formado em medicina em 1894, os primeiros anos da prática médica de Ferenczi foram dedicados ao trabalho como clínico geral, atividade que ele conciliou por certo período com o trabalho de neuropsiquiatra (BALINT, 2011; SABOURIN, 1988). De acordo com Sabourin (1988), Ferenczi ainda trabalhou neste período em um hospital público, em asilo para pobres e em um serviço de assistência a prostitutas.

Sobre os primeiros anos da prática médica de Ferenczi, Mautner (1996) destaca que o trabalho de clínico geral em uma cidade com o tamanho e características de Budapeste seria, naquele período, caracterizada pela “responsabilidade de cura” e pelo acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo, noção da qual podemos depreender certa familiaridade com o princípio da longitudinalidade na APS. Além disso, Sabourin (1988) acrescenta ser possível identificar ainda neste período “pré-psicanalítico” dos escritos de Ferenczi um interesse pela correlação entre as dimensões somática e psíquica do adoecimento, assim como pela política de saúde e organização dos serviços assistenciais.

Embora Ferenczi não tenha se interessado pelas primeiras proposições teóricas de Freud ao longo de sua graduação em medicina, diversos autores indicam que o principal interesse do jovem clínico geral Ferenczi era a relação psíquica estabelecida entre médico e paciente, tema de investigação pouco ortodoxo em seu tempo (CASSULLO, 2018; FERENCZI, 2011e; LORIN, 1993). Sabourin (1988) acrescenta ainda a hipótese de que os primeiros anos de Ferenczi como clínico geral teriam coincidido com um período de “impregnação inconsciente” dos textos de Freud (lidos em seu tempo de faculdade), o que apontaria para uma interação – ainda que

¹⁷ Além dos elementos apresentados no parágrafo, Sabourin (1988) também indica outros interesses nas origens do pensamento do psicanalista húngaro, a exemplo das ciências sociais, criminologia, arte e religião.

inconsciente – entre psicanálise e clínica geral nas origens do próprio pensamento ferencziano.

Retomando a questão central de nosso trabalho, em que sentido o pensamento de Ferenczi se relaciona com as interfaces entre psicanálise e consulta conjunta na APS? Tendo em vista a dupla dimensão (assistencial e formativa) do dispositivo de consulta conjunta, podemos considerar que Ferenczi se implicou, desde sua entrada no círculo de primeiros psicanalistas, com a questão de como a psicanálise poderia contribuir para a ampliação do cuidado por parte dos profissionais de saúde generalistas. Neste sentido, destacamos que o primeiro encontro pessoal com Freud ocorreu em 1908 devido ao projeto de Ferenczi realizar uma palestra sobre psicanálise a médicos em Budapeste, local em que seguiu atuando como clínico geral até 1910 (BALINT, 2011; FERENCZI, 1993a). Além disso, Ferenczi assumiu em 1919 a primeira cadeira de psicanálise em uma universidade, ministrando aulas no curso de medicina, em um momento político de maior socialização do direito à saúde na Hungria (SABOURIN, 1988)

Além dos aspectos gerais apresentados acima, identificamos também algumas contribuições do psicanalista húngaro que surpreendem pela relevância atual, assim como pela pertinência ao nosso tema de investigação. No artigo “A psicanálise à serviço do clínico geral” publicado em 1923, Ferenczi (2011b) parte de sua própria experiência acumulada nesta atividade e introduz uma ideia bastante original: as atitudes do médico de família teriam mais efeito – inclusive para o doente somático – do que todos os outros “medicamentos”. Nesse sentido, adiantando uma metáfora que seria utilizada mais tarde por Balint, ele afirma: “a faculdade não nos ensina como dosar corretamente esse medicamento e quais são seus modos de ação; ela deixa a cada um descobri-lo por si mesmo” (FERENCZI, 2011b, p. 228). Ainda que o autor enfatize a necessidade da formação analítica (e análise pessoal) para não se cair no risco da psicanálise selvagem, ele propõe ao longo do texto algumas contribuições da psicanálise para o clínico geral.

No mesmo artigo, Ferenczi (2011b) salienta que os desafios, assim como as potencialidades do clínico geral estariam justamente no vínculo com o paciente ao longo do tempo. Ele afirma: “A psicanálise também se propõe [...] dar pouco a pouco ao médico de família o papel importante que lhe cabe na vida da família, papel de que foi levado a afastar-se pela proliferação das especialidades no decorrer dos últimos cem anos” (FERENCZI, 2011b, p. 236). Neste sentido, o autor ressalta o lugar do

clínico geral como referência da família ante aos problemas cotidianos, assim como no apoio aos pais em suas relações com os filhos. Contudo, diante do problema de os clínicos gerais não serem formados como analistas, o que autor propõe?

Uma de suas ideias surge ainda no artigo de 1923, ao indicar que “o clínico que possui uma certa experiência de diplomacia psicológica tem melhores chances de êxito do que aquele cujos conhecimentos se limitam à patologia e à farmacologia” (FERENCZI, 2011b, p. 234). Contudo, no âmbito do artigo o autor não apresenta propostas de como o clínico geral poderia desenvolver tal “**diplomacia psicológica**”. Em sua “Apresentação sumária da psicanálise”, texto sem data e publicado postumamente, Ferenczi também não apresenta detalhes de como a aproximação do clínico geral à psicanálise seria operacionalizada, mas acrescenta que isso se daria tanto em termos teóricos como “no plano prático” (FERENCZI, 2011d, p. 185).

Embora a questão de uma “formação” de inspiração psicanalítica ao médico de família não seja exaustivamente abordada na obra ferencziana, podemos considerar o autor manteve um projeto neste sentido, visto que ele participou de palestras e diálogos com o meio médico ao longo das décadas de 20 e 30, sendo algumas destas atividades capitaneadas pela clínica social de psicanálise, em constituição naquele período em Budapeste (DANTO, 2019; SABOURIN, 1988). Um elemento que evidencia a importância desse percurso no pensamento de Ferenczi consiste em sua investigação sobre as conexões entre os âmbitos físicos e psíquicos do adoecimento, o que teria contribuído nas bases do pensamento psicossomático desenvolvido na segunda metade do século XX (BALINT, 1988).

Além disso, em uma carta circular de 1926, enviada ao grupo de primeiros psicanalistas, ele afirma:

No grupo húngaro houve uma discussão não desinteressante com um convidado que está interessado na causa, mas analiticamente quase ignorante, um ginecologista, que pediu esclarecimento e liderança de nós para si mesmo e seus colegas de profissão. Está se tornando cada vez mais evidente que se deve cuidar de alguma forma com a formação prática de colegas que não são analistas profissionais. A prática está gradualmente forçando todos os médicos a considerarem seus casos também do nosso ponto de vista, e seria injusto exigir deles que se voltem para um analista por causa de todos os casos de alguma forma psicologicamente complicados. O clínico geral de orientação analítica poderia cuidar de algumas coisas ele mesmo, assim como nosso convidado que, apesar de muitos mal-entendidos teóricos e ingenuidades práticas, também alcançou muito em alguns casos por meio de pesquisa analítica¹⁸ (FERENCZI, 1993b, p. 255–256, tradução nossa, grifos nossos).

¹⁸ “In the Hungarian group there was a not uninteresting discussion with a guest who is interested in the cause, but analytically almost ignorant, a gynecologist, who requested enlightenment and leadership from us for himself and his professional colleagues.’ It is becoming more and more clearly

A partir das referências acima, podemos notar que Ferenczi se revela como um dos primeiros autores – há quase cem anos – a propor que o profissional de saúde generalista poderia ter papel importante frente aos casos de sofrimento psíquico. Neste contexto, sem deixar de lado a problemática da transmissão da psicanálise e os riscos de uma análise selvagem pelo profissional não-analista, Ferenczi também indica caminhos para a pertinência da interação – e do tensionamento mútuo – entre psicanálise e APS.

A fim de realizar uma reflexão aprofundada e complexa sobre as potencialidades e limites da consulta conjunta na APS em diálogo com a psicanálise, consideramos fundamental introduzir alguns outros aspectos do pensamento de Ferenczi e seus desdobramentos. Desde modo, analisaremos no próximo capítulo algumas ideias inseridas na herança psicanalítica ferencziana, considerando as contribuições de Michael Balint, Enid Balint e Donald Winnicott, assim como de experiências contemporâneas de consulta conjunta.

evident that care must somehow be taken for the practical education of colleagues who are not professional analysts. The practice is gradually forcing all physicians to consider their cases also from our points of view, and it would be unjust to require of them that they should turn to an analyst because of every somehow psychically complicated case. The analytically oriented general practitioner could take care of some things himself, just as our guest, despite many theoretical misunderstandings and practical naivetes, has also achieved very much in some cases by means of analytic research".

3. INTERAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DA HERANÇA FERENCZIANA ÀS EXPERIÊNCIAS DE CONSULTA CONJUNTA

Conforme abordamos no capítulo anterior, Ferenczi foi um dos primeiros a pensar, em termos psicanalíticos, o papel do cuidado longitudinal do clínico geral, assim como a debater sobre as possibilidades de uma “formação prática” de influência psicanalítica aos profissionais da APS. Neste sentido, Ferenczi nutriu a expectativa de uma abordagem que pudesse promover uma “diplomacia psicológica” do clínico geral em relação aos seus pacientes. Discutiremos neste capítulo algumas contribuições que a herança ferencziana viabilizou para a APS nas obras de Michael Balint, Enid Balint e Donald Winnicott, assim como nas experiências contemporâneas de consultas conjuntas. Para tanto, consideramos fundamental introduzir alguns aspectos da prática de Ferenczi como clínico geral, assim como as afinidades desta atuação clínica com a sua concepção sobre a relação transfero-contratransferencial.

3.1. FERENCZI, SEUS “ERROS DE DIAGNÓSTICO” E A CONTRATRANSFERÊNCIA

Conforme indicamos anteriormente, Ferenczi teve os primeiros contatos com a obra freudiana quando era estudante de medicina, mas somente iniciou sua incursão efetiva na psicanálise a partir de 1908 (FERENCZI, 2011e; SABOURIN, 1988). Contudo, desde seus primeiros anos de trabalho como clínico geral, ele se dedicou à problemática da relação entre médico e paciente. No artigo “Dois erros de diagnóstico” de 1900, o clínico geral Ferenczi (1994, p. 82–83, tradução nossa) afirma:

Na minha opinião, a principal fonte de erro de diagnóstico é o “preconceito” (a ideia feita de antemão). Quando examinamos um paciente pela primeira vez, nossa atenção é solicitada mais particularmente por este ou aquele sintoma privilegiado e, neste preciso momento, um processo psicológico mal compreendido (*mystikus*) nos leva a elaborar quase intuitivamente (*intuitive*) um diagnóstico, unicamente a partir dos sintomas que nos parecem os mais significativos. Além disso, durante os exames complementares, não conseguimos ser realmente objetivos, o que significa que percebemos tudo de acordo com o diagnóstico já estabelecido [...]¹⁹.

¹⁹ “A mon avis, la principale source d’erreur des diagnostics est le « préjugé » (l’idée toute faite). Lorsqu’on examine pour la première fois un malade, notre attention se trouve sollicitée plus particulièrement par tel ou tel symptôme privilégié et à cet instant précis, un processus psychologique mal connu (*mystikus*) nous conduit à élaborer presque intuitivement (*intuitive*) un diagnostic, uniquement à partir des symptômes qui nous paraissent les plus significatifs. Par ailleurs, au cours des

Assim, em oposição a certa concepção de neutralidade profissional predominante em seu tempo, Ferenczi já aponta para a possibilidade de processos psicológicos no médico determinarem erros de diagnóstico, assim como indica para a importância destes elementos serem mais bem compreendidos. Este aspecto levou Mészáros (2004) – editora dos textos pré-psicanalíticos de Ferenczi – a enfatizar que a relação entre médico e paciente é um dos principais fios de ligação da obra do psicanalista húngaro, sendo um aspecto central já em suas reflexões como clínico geral.

Para a psicanálise, a relação do paciente para com o médico será tematizada por meio do conceito de transferência. Embora Freud reconheça desde os primeiros anos de sua obra a ocorrência da transferência de conteúdos inconscientes do paciente para a figura do médico, ele inicialmente considerou o fenômeno transferencial como um entrave, reconhecendo paulatinamente o lugar necessário da transferência – e de seu manejo pelo clínico – na direção do tratamento analítico (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Neste contexto, ao publicar “Transferência e Introjeção” em 1909, Ferenczi (2011h) sinalizou que o médico ocupa, em muitos casos, o lugar de figuras parentais amadas ou temidas, sinalizando já neste momento a importância da transferência positiva e negativa do paciente.

Em 1910, Freud apresenta duas contribuições importante sobre o tema: (a) ele incorpora as observações de Ferenczi sobre a transferência, considerando-a dentro de uma problemática edípica; e (b) sinaliza a existência de uma **contratransferência** por parte do analista, enfatizando a importância de o profissional reconhecer e dominar (*Bewältigung*) tal resposta transferencial (FREUD, 1996b; MARTÍN CABRÉ, 1998). Enquanto o problema da contratransferência permaneceu um assunto complexo, sobre o qual Freud decidiu escrever de modo comedido²⁰, Ferenczi abordaria amplamente a temática da contratransferência em sua obra (FREUD, 1996d; MARTÍN CABRÉ, 1998). Diante desse contexto, consideramos relevante perguntar: seria esta diferença de perspectiva sobre a contratransferência decorrente

examens complémentaires, nous ne parvenons pas plus à être réellement réellement objectif, ce qui fait que nous percevons tout en fonction du diagnostic déjà établi [...]”.

²⁰ Martin-Cabré (1998) demonstra, baseado em publicações e correspondências de Freud, que este psicanalista reconhecia a importância e complexidade da temática da contratransferência, mas tendia a considerar este um tema de discussão “interna” na comunidade dos analistas já formados, manifestando-se publicamente de que a contratransferência seria algo a ser “superado”.

da constatação de Ferenczi – desde sua prática como clínico geral – acerca da importância da vida psíquica do profissional em seus erros e acertos na prática clínica?

Embora a questão acima não possua uma resposta definitiva, é importante salientar que a contratransferência se torna um conceito central no pensamento teórico-clínico ferencziano. Em 1918, Ferenczi (2011c) retomou a discussão sobre o “domínio” (*Bewältigung*) da contratransferência, indicando dois riscos: por um lado, o perigo de não considerar a contratransferência e, conseqüentemente, sucumbir às emoções; por outro, o risco de “resistir à contratransferência”, tornando-se excessivamente duro e inacessível. Neste contexto, o psicanalista húngaro propõe uma outra acepção de “domínio”, ressaltando o sentido de manejar ou lidar com a contratransferência, tornando esta noção um instrumento essencial para a prática clínica (MARTÍN CABRÉ, 1998).

Ao longo da década de 20, Ferenczi desenvolverá outros aspectos relativos ao conceito de contratransferência. Em “Perspectivas da Psicanálise”, publicado por Ferenczi e Rank (1925), estes autores sublinham a possibilidade de uma “contratransferência narcísica”, que poderia levar os analistas a realçar os conteúdos do paciente que lhe lisonjeiam e a reprimir os comentários “pouco” favoráveis que lhe dizem respeito. Desdobrando essa discussão em “Elasticidade da Técnica”, escrito em 1928, o autor destaca a centralidade do “tato” do analista, definindo-o como “a faculdade de sentir-com” (*Einfühlung*)” (FERENCZI, 2011a, p. 31). Nos anos seguintes, até seu falecimento em 1933, o psicanalista húngaro seguiria explorando outros aspectos do tema, problematizando os riscos autoritários do analista na relação transfero-contratransferencial, assim como experimentando modalidades de cuidado afeitas à mutualidade no encontro entre paciente e analista (MARTÍN CABRÉ, 1998)

Deste modo, entre 1918 e 1926 encontramos Ferenczi explorando as problemáticas da contratransferência, assim como apresentando as bases da interface entre a psicanálise e o trabalho do médico de família. Em seu artigo de 1923 sobre as contribuições da psicanálise ao clínico geral, Ferenczi (2011b) declara que a psicanálise não inventou a transferência, encontrando-a também presente na relação entre clínico geral e seus pacientes. Além disso, o autor destaca tanto a importância da transferência positiva como da transferência negativa (os afetos agressivos e ofensivos) na relação médico-paciente. Embora ele não utilize o termo “contratransferência” para falar da relação do clínico geral neste texto, podemos

compreender que a “diplomacia psicológica” sugerida por Ferenczi seria algo relacionado a certo nível de “domínio” – ou manejo – da contratransferência por este profissional.

Diversos profissionais foram inspirados de forma mais ou menos explícita pela concepção ferencziana de relação transfero-contratransferencial, assim como por sua disponibilidade em pensar as interfaces entre psicanálise e a APS. Abordaremos inicialmente os trabalhos de Michael e Enid Balint, que concretizaram o incipiente projeto de Ferenczi (2000b) de desenvolver “alguma forma de formação prática” aos médicos não-analistas.

3.2. CONTRIBUIÇÕES DE MICHAEL E ENID BALINT PARA O DIÁLOGO ENTRE A PSICANÁLISE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

A medicina de família e a psicanálise foram dois elementos presentes no percurso pessoal e profissional de Michael Balint. De acordo com Dupont (2009), o autor se interessou pela medicina de família desde a adolescência, ao participar de visitas domiciliares com seu pai, um clínico geral em um subúrbio de Budapeste²¹. Posteriormente, ao estudar medicina na Universidade de Budapeste, Balint foi aluno de Ferenczi em 1919, tornando-se também analisando e importante interlocutor deste último. Além disso, nos anos posteriores à morte de Ferenczi, Balint se tornou um de seus principais “herdeiros”, responsável pela publicação de seus escritos e debatedor de suas ideias e propostas psicanalíticas (MOREAU-RICAUD, 2007).

Ao longo da década de 1920, período em que Ferenczi apresentou as primeiras explorações entre a psicanálise e o trabalho do médico de família, Balint se tornou colaborador no projeto de aprofundar as interações entre as áreas no contexto marcadamente interdisciplinar do grupo húngaro de psicanalistas (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2015; SOREANU, 2018). Em 1926, ano da carta circular de Ferenczi propondo “algum tipo de formação prática” aos não-analistas, Balint realizou a palestra “Psicoterapia para o clínico geral”, na qual aventa a possibilidade de um manejo clínico por parte do médico de família, especialmente nos casos em que um tratamento analítico não é possível, ou quando há intensa relação transferencial estabelecida entre médico e paciente (BALINT, 1926 *apud* MOREAU-RICAUD, 2007). Além disso,

²¹ Judith Dupont é sobrinha de Michael Balint e refere ter colhido essa informação junto à família do autor.

em “A crise da prática médica” de 1930, Balint (2002) já apresenta uma questão de grande interesse para o apoio matricial e para a consulta conjunta: diante da proliferação de novas especialidades – e da decorrente lógica de “encaminhamentos” e fragmentação do cuidado –, como repensar as relações entre clínico geral e especialistas? Sem oferecer respostas definitivas, Balint indica a possível contribuição do psicanalista em fomentar modalidades de escuta da pessoa (e não a doença).

Alguns anos depois de emigrar para a Inglaterra – devido à sua situação na Hungria durante a segunda guerra mundial²² – Michael Balint passa a frequentar o Instituto Tavistock, que se dedicava à pesquisa e intervenção psicanalítica face a diferentes questões do campo social e da saúde (MOREAU-RICAUD, 2007). No contexto da Tavistock dessa época, também circulava a assistente social Enid Abu-Eicholtz, que se aproximou da psicanálise a partir de um problema igualmente relevante à nossa pesquisa: ao acompanhar casais e famílias em situação de vulnerabilidade durante a guerra, os sofrimentos de ordem emocional e subjetiva eram mais prementes e desafiadores que seus problemas socioeconômicos (KAHR, 2019a; RUDNYTSKY, 2000). A partir de seu engajamento na psicanálise, Enid se interessou em desenvolver um trabalho junto a assistentes sociais que acompanhavam famílias, por meio de grupos de discussão e trabalho de caso (*casework*).

Com a aproximação de Michael ao projeto iniciado por Enid, os grupos passaram a ser centrados no trabalho da contratransferência do assistente social com os seus “clientes”, constituindo assim um dispositivo de intervenção e formação referenciado na relação inconsciente entre profissional-usuário (BALINT; BALINT, 1955). A partir desta primeira experiência, Michael e Enid – que se tornam um casal em 1953 – retomaram ao longo dos anos 50 o projeto ferencziano de oferecer uma modalidade de formação prática para médicos de família (BALINT; BALINT, 1955; BALINT, 1988; MOREAU-RICAUD, 2007). Para além da relação conjugal, Soreanu (2019) enfatiza que a colaboração entre Michael e Enid se constituiu como uma “díade criativa”, realizando intervenções e pesquisas conjuntas que produziram conhecimentos fundamentais para o nosso tema de investigação.

²² As dificuldades de Michael Balint na Hungria estavam relacionadas à sua origem judaica e seus posicionamentos político-sociais (MOREAU-RICAUD, 2007).

3.2.1. “O doutor-medicamento”: a centralidade da relação transfero-contratransferencial na medicina de família

Conforme abordamos acima, Michael e Enid Balint construíram no início dos anos 50 um “método de treinamento” para médicos de família: um seminário de formação-intervenção-pesquisa no qual um grupo de oito a dez *general practitioners* (GPs) do recém-criado sistema de saúde inglês (NHS) se reuniam semanalmente com um ou dois líderes psiquiatras-psicanalistas, discutindo a cada encontro um caso apresentado por um dos GPs participantes e “livremente-associado”, ou seja, sem o uso de notas escritas (BALINT; BALINT, 1955; BALINT, 1988). Segundo Bar-Haim (2018), muitos destes médicos buscavam o grupo devido às insatisfações e dilemas decorrentes da ampliação de seu papel após a constituição do NHS.

De acordo com Michael Balint (1988, p. 261), os encontros do grupo visavam “ajudar os médicos a adquirir maior sensibilidade ante o processo que se desenvolve, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando o médico e o paciente estão juntos”. Assim, o foco destes encontros era o de conhecer e operar com a contratransferência, e não de buscar extirpá-la. Além disso, embora os grupos fossem considerados como uma modalidade de “treinamento”, Balint não se colocava na posição de “saber”, fomentando o “não saber” dos presentes como a base de um processo de construção conjunta (MISSENARD, 1994).

Considerando o escopo de nosso estudo, abordaremos alguns problemas e conceitos emergentes do encontro entre os psicanalistas e os GPs, salientando as noções que sejam extensivas não somente ao médico, mas ao conjunto de profissionais de APS contemporânea. Abordaremos principalmente algumas contribuições do livro “O Médico, seu paciente e a doença” que, embora seja de autoria de Michael, é considerado por Enid Balint (1974) como a principal produção decorrente de seu trabalho partilhado²³. Embora não proponha uma prática semelhante à consulta conjunta, o livro de Balint (1988) apresenta conceitos fundamentais para a interação entre a psicanálise e a APS. Além disso, Mello Filho (2007) considerou a consulta conjunta como um “pequeno grupo”, inspirado nas ideias

²³ Em entrevista realizada a Rudnytsky (2000), Enid destaca que o trabalho realizado com os médicos de família era profundamente partilhado. Além disso, ela indica ter contribuído para a redação de alguns escritos de Michael, mesmo não os tendo assinado. De acordo com Bar-Haim (2018), a dimensão da influência de Enid na emergência dos grupos Balint demandaria uma investigação histórica que ainda está por ser realizada.

balintianas. De modo semelhante, outros autores posteriores se apoiaram nas ideias do casal Balint para construir seus modelos de consulta conjunta, conforme abordaremos ao longo deste capítulo.

O ponto de partida de Balint (1988) consiste na hipótese de que aproximadamente um terço de todo o trabalho do GP consistia no cuidado longitudinal relacionado a sofrimentos de ordem psíquica ou emocionais, mesmo que a queixa inicialmente explicitada fosse somática – um elemento do trabalho considerado como ainda relevante para alguns pesquisadores contemporâneos (CARRINGTON; ROCK; STERN, 2012; SOLANO, 2014).

Partindo da presença de um problema clínico comum ao GP e ao psicanalista, Balint (1988) sustenta uma ideia que pode ser considerada a concepção organizadora da publicação: o medicamento mais importante e mais utilizado pelo médico de família é a sua própria pessoa. Neste sentido, o autor lança mão da metáfora do “**doutor-medicamento**” (*drug-doctor*), indicando a importância de discutir a sua “farmacologia” – em que “doses” o doutor-medicamento poderia ser prescrito –, abordando também suas contraindicações. Conforme sinalizamos anteriormente, essa ideia é uma herança evidente das primeiras reflexões ferenczianas sobre o papel do médico de família, podendo ser também relacionada à concepção de “domínio” (ou dosagem) da contratransferência (FERENCZI, 2011b, 2011c)

A partir de diversos casos clínicos nos quais Balint (1988) descreve os percalços dos GPs em seu vínculo longitudinal com os pacientes, o autor propõe como posição ética e clínica que este profissional permita uma fala mais livre e escute seu paciente de modo mais aberto. Neste sentido, o autor salienta que as perguntas do profissional de saúde suscitam “respostas... e nada mais”, indicando para a relevância da realização de “**entrevistas prolongadas**” com alguns pacientes, assim como para a importância da ampliação da capacidade de escuta por parte dos profissionais. Embora este posicionamento possa parecer, em um primeiro momento, algo simplista, o autor acrescenta que a possibilidade de o profissional de saúde escutar o que surge “mais confusamente” no paciente exigiria uma nova habilidade pessoal: a capacidade de escutar essa mesma linguagem em si. Neste sentido, um problema que perpassa o trabalho de Balint consiste em como o profissional de saúde poderia sustentar essa escuta, ponderando sobre a relevância do trabalho de um psicanalista junto ao profissional generalista.

Ao propor que o GP escute mais livremente seus pacientes, Balint (1988) apresenta algumas questões decorrentes dessa proposta, sendo a primeira delas: “o que tratar?”, ou seja, “o que fazer diante dos conteúdos trazidos pelo paciente?”. Neste contexto, o autor problematiza algumas estratégias utilizadas mais intuitivamente pelos GPs, como o hábito de reconfortar ou oferecer conselhos baseados no senso comum. Para o autor, o principal problema nesta abordagem consiste no fato de o médico buscar aplicar um “tipo de terapêutica” (p.ex. conforto, conselho) antes de fazer um diagnóstico, ou seja, uma escuta ampla a partir da queixa.

Ao lado da questão sobre “o que tratar”, Balint (1988) indica o problema sobre “quando parar”, ou seja, sobre os limites e possíveis efeitos iatrogênicos de uma “dose inadequada do doutor-medicamento”. Tanto para a primeira como para a segunda questão, o autor ressalta que a extensão de quanto o GP efetivamente conseguiria ouvir do paciente seria variável a cada caso, dependendo do profissional, do paciente e das relações transfero-contratransferenciais. Deste modo, em seu contexto geral, o livro de Balint destaca a relevância de o profissional da APS encontrar espaços nos quais possa conhecer e trabalhar suas reações contratransferenciais. Nesse sentido, uma questão a ser retomada e abordada ao longo de nosso trabalho: haveria espaço na consulta conjunta (ou em seu contexto clínico-institucional) para uma abordagem das reações transfero-contratransferenciais dos profissionais de APS?

No contexto dos encontros de grupo, Balint (1988) e os GPs participantes verificaram que alguns adoecimentos se apresentavam tão organizados como outras características pessoais dos pacientes (p.ex. formato da cabeça ou cor dos olhos). Neste contexto, emerge dos grupos a compreensão de que todo adoecimento seria decorrente de uma “**doença básica**” ou, ainda, da “**falha básica** [*basic fault*] da estrutura biológica do indivíduo, envolvendo em vários graus tanto sua mente como seu corpo” (BALINT, 1988, p. 222). Considerando a raiz húngara desse construto teórico, a falha básica não seria correspondente a uma “deficiência” geneticamente herdada, mas a uma falta ocorrida na relação entre o ambiente de acolhida e o sujeito em constituição. Conforme Enid Balint (1974), o termo falha (*fault*) teria sido emprestado da geologia, para abordar a existência de fraturas constitutivas, ainda que não perceptíveis antes de suas manifestações.

A noção de falha básica – emergente no pensamento de Michael Balint a partir de seu trabalho com os GPs – direcionará um estilo clínico deste psicanalista aos aspectos mais primitivos e regressivos do psiquismo (GURFINKEL, 2017; MOREAU-

RICAUD, 2007; PEIXOTO-JUNIOR, 2013). Contudo, no âmbito da medicina de família, Balint não propunha que o GP pudesse alcançar ou “reverter” a falha básica, mas destacava a possibilidade privilegiada de o médico generalista acompanhar o desenvolvimento dos adoecimentos a partir dessas falhas – como fraturas geológicas que podem ou não produzir efeitos. Deste modo, o médico de família teria a oportunidade de intervir antes de o paciente entrar na fase das “queixas” ou de uma “doença organizada” (BALINT, 1974, 1988).

Outro aspecto importante da falha básica consiste em uma mudança de perspectiva sobre o binômio saúde-doença. Segundo Balint (1988), a concepção da medicina tradicional consideraria o paciente sadio até o momento de este manifestar um adoecimento explícito. A noção de falha básica, por sua vez, voltaria o olhar para as “falhas” que ainda não se organizaram como patologias, ou ainda, para os sofrimentos que poderiam estar na raiz das afecções psicossomáticas (PEIXOTO-JUNIOR, 2013). Ademais, essa discussão não diria respeito apenas aos pacientes, visto que a emergência desta noção a partir das reações contratransferenciais dos GPs aludiria para aspectos da falha básica nos próprios profissionais.

Balint (1988) propõe em sua obra ainda duas noções que são desdobramentos de sua compreensão de transferência e que possuem grande relevância para o nosso tema em estudo. A primeira consiste na “**companhia de investimento mútuo**” estabelecida entre o médico e o paciente. O autor introduz essa ideia, salientando que a influência mútua na relação médico-paciente não é um processo simples, de modo que ambos precisam lidar com uma cota de frustração e de satisfação nesta relação. O autor destaca que, por um lado, o GP não está disponível o tempo todo e não consegue curar tudo imediatamente, assim como o paciente por vezes desconsidera o valor dos serviços e do cuidado prestado, seja ao não mostrar “gratidão” ou por não seguir as prescrições realizadas. Contudo, Balint (1988) salienta que uma relação médico-paciente consolidada estaria embasada em “recordações comuns” de situações nas quais o profissional auxiliou o paciente a atravessar momentos de adoecimento ou dor. Neste contexto, o autor afirma:

Sobre esta base de mútua satisfação e de mútua frustração se estabelece uma relação original entre o clínico geral e os pacientes que lhes são fiéis. É muito difícil descrever esta relação do ponto de vista psicológico. [...] Denominamos – na falta de melhor expressão – uma “companhia de investimento mútuo”. Com isso queremos dizer que o médico adquire gradualmente um capital muito valioso, investido em seu paciente; e que, reciprocamente, o paciente adquire um muito valioso capital investido em seu clínico geral (BALINT, 1988, p. 216).

Deste modo, a noção de “companhia de investimento mútuo” de Balint (1988) pode ser entendida em termos psicanalíticos como um vínculo mútuo entre médico e paciente sustentado em termos pulsionais, que se diferencia de outras relações amorosas ou afetivas. Logo, embora a relação do paciente com o médico não seja equivalente a relação do sujeito com a figura materna (ou outras pessoas que lhe proporcionaram cuidado ao longo da vida), Balint destaca que seria importante ao médico de família permitir certas “válvulas de escape” de dependência infantil ao paciente. Neste sentido, o autor indica que, diferentemente de outras relações terapêuticas no campo da saúde, a relação com o profissional da APS seria atravessada por certa dependência e pela presença de elementos regressivos.

É importante destacar que, para Balint (1988) a “companhia de investimento mútuo” não concerne apenas ao vínculo entre médico-paciente, mas também à relação entre profissionais de saúde: segundo o autor, o GP teria de “emprestar” parte do capital investido nele pelo paciente aos seus colegas e profissionais especialistas – que iniciariam “sem capital” – na constituição de um trabalho cooperativo. Este elemento é de grande interesse para o nosso tema em estudo visto que, conforme abordaremos na sequência, uma consulta somente pode ser efetivamente conjunta a partir da constituição de uma transferência que inclui o outro profissional.

Uma segunda noção apresentada por Balint (1988) de grande relevância para pensar o apoio matricial consiste no “**conluio do anonimato**”. Este termo é utilizado pelo autor especialmente para se referir aos casos em que o paciente é encaminhado e acompanhado concomitantemente por diversos profissionais especialistas ou serviços. Na perspectiva de Balint, nestes casos complexos e difíceis, é comum que nenhum dos envolvidos tome total responsabilidade pelo caso e, assim, o paciente não seria beneficiado pelo vínculo específico com um profissional de referência, sofrendo ainda com as divergências de condução entre os diferentes profissionais.

Embora Balint não proponha a consulta conjunta como uma estratégia ante ao conluio do anonimato, este conceito será utilizado nas reflexões de autores contemporâneos que discutirão os limites e possibilidades desta prática de cuidado. Além disso, ao introduzir a ideia de conluio do anonimato, Balint introduz – embora não esgote – uma discussão rica sobre os impasses no trabalho cooperativo e em equipe, de modo que retomaremos e aprofundaremos este tópico ao longo de nosso trabalho.

Desde a publicação do livro acima abordado em 1957, Michael e Enid passaram a explorar as possibilidades de um tipo de “psicoterapia” específica do médico de família, o que os levou também a investigações acerca de modalidades de intervenção focal em psicoterapia (GELLY, 1994). Nestas investigações, podemos considerar que o casal começou a refletir – tomando de empréstimo um termo ferencziano – sobre a possível “elasticidade” da clínica do médico de família, de modo que os autores se afastaram progressivamente da concepção de um modelo de “psicoterapia do GP”, explorando modalidades de escuta e cuidado que poderiam ser inseridos no cotidiano dos profissionais generalistas.

3.2.2. A experiência do *flash*: uma elasticidade na clínica do médico de família?

Embora os anos posteriores à obra “O médico, seu paciente e a doença” representem um período bastante diverso nos trabalhos do casal Balint, verificamos uma questão de grande relevância à APS contemporânea e ao apoio matricial: como compreender em termos teórico-clínicos uma abordagem em saúde mental que seja incluída na rotina de trabalho dos profissionais generalistas? Especialmente ao longo da década de 60, quando outros “grupos Balint” foram realizados em diferentes localidades, Michael e Enid verificaram que a entrevista prolongada constituiu, em suas próprias palavras, um “corpo estranho” na rotina do GP, pois este profissional elegeria alguns casos para escutar na perspectiva da “medicina centrada no paciente”, ao passo que escolheria outros casos para realizar uma consulta breve (entre 10 e 15 minutos), em uma abordagem mais centrada na doença (BALINT, 1974, 1973).

A partir do problema apresentado acima, Michael Balint (1973) relata ter realizado um novo seminário com GPs²⁴, dedicado a investigar as possibilidades de um “contato significativo” na consulta breve de rotina realizada pelo médico de família. Ao longo deste processo, os participantes do seminário identificaram a diferença entre a concepção anterior de entrevistas longas (intitulada por eles de “técnica do grande detetive”) e a **vivência denominada de “flash”**, ou ainda, de “sintonização” (*tuning on*) na consulta do médico de família. Esta última experiência, segundo o autor, poderia ocorrer (e ser relatada) no paciente, no médico ou nos dois, estando

²⁴ Para este seminário, Michael Balint (1973) relata terem sido convidados oito GPs que haviam participado de seminários anteriores, assim como dois psiquiatras psicoterapeutas e um psicanalista.

relacionada à disposição afetiva do profissional de saúde e permitindo uma comunicação (não predominantemente verbal) na qual o paciente poderia se sentir compreendido.

Retomando a metáfora do doutor-medicamento, embora a “dosagem” na entrevista prolongada pareceria, à primeira vista, maior que no “*flash*”, neste último a dosagem seria mais intensa (e adequada) para muitos casos (BALINT, 1974). Assim, de modo similar às experimentações clínicas que conduziram Ferenczi a uma concepção de elasticidade na técnica psicanalítica, o casal Balint aponta para a possibilidade – e pertinência – da experiência do “sentir com” por parte do profissional de APS. O *flash* é um tema abordado por Michael pouco antes de seu falecimento em 1971, mas continuado e aprofundado por Enid ao longo de mais de duas décadas.

Como desdobramentos da questão, Enid Balint (1985) entende o *flash* como uma experiência de “compreensão mútua” entre médico e paciente. Neste sentido, ela indica que nas primeiras explorações dos participantes dos seminários acerca do *flash*, os GPs comunicavam necessariamente os pensamentos e sentimentos envolvidos nesta vivência aos seus pacientes. Contudo, ao longo do tempo, a compreensão de Enid Balint (1986a) sobre o *flash* se modificou: ela passou a destacar a função de o GP “conter” ou “sustentar” as ideias e sentimentos comunicados pelo paciente, assim como a capacidade de o médico se identificar por um momento com seu paciente, assim como conseguir se distanciar e se desidentificar deste último. Neste sentido, a experiência do *flash* não abrangeria necessariamente uma comunicação verbal sobre o “sentido do flash” para o paciente – o que segue à ideia emergente na época de que a interpretação da contratransferência não precisaria ser sempre comunicada ao paciente²⁵ (BALINT, 1985; ELDER, 1996).

Missenard (1994) apresenta uma contribuição acerca do *flash* de grande relevância para a consulta conjunta: de acordo com ele, o *flash* somente ganharia valor clínico para o GP na medida que a experiência pudesse ser – em alguma medida – elaborada no trabalho partilhado no grupo e com a escuta de um psicanalista. De modo semelhante, entendemos que o *flash* pode se constituir como um conceito operativo interessante para pensar alguns fenômenos na consulta conjunta, especialmente por se inserir nas transferências que podem se estabelecer entre o

²⁵ Perspectiva predominante na psicanálise inglesa a partir da segunda metade do século XX, a partir do trabalho de Paula Heimann (CASTANHO, 2018b; HEIMANN, 1950).

profissional da APS e o psicólogo no papel de apoiador matricial. Assim, retornaremos a esse conceito ao longo de nosso trabalho.

Em nossa perspectiva, a progressiva compreensão do casal Balint sobre uma maior “elasticidade” na clínica do médico de família está relacionada – entre outros fatores – às contribuições de Donald Winnicott, especialmente por parte de Enid Balint, que foi sua analisanda (RUDNYTSKY, 2000; SPELMAN, 2013). Neste sentido, no artigo que introduz a noção de *flash*, Michael Balint (1986b, p. 17) afirma:

A observação que gostaria de fazer é sobre a semelhança entre as entrevistas terapêutico-diafnósticas de Winnicott e as nossas técnicas. Naturalmente, os dois líderes analistas conhecem há muito o enfoque de Winnicott - de fato o convidamos a falar sobre ele no *Focal Therapy Workshop* em meados de 1950 - e temos acompanhado seu desenvolvimento a partir daí. Embora influenciados por suas ideias, começamos nossa pesquisa sem preparação para que nossas experiências conduzissem o trabalho em tal direção.

Consideramos que as contribuições de Winnicott permitem aprofundar dimensões importantes sobre a relação profissional-paciente que serão de grande valor ao nosso tema de pesquisa. Além disso, encontramos em seu trabalho subsídios para refletirmos sobre as interfaces entre a psicanálise, a APS e a prática de consultas em instituições.

3.3. APORTES DE WINNICOTT SOBRE A MEDICINA DE FAMÍLIA E A PRÁTICA DE CONSULTAS EM INSTITUIÇÕES

Ao introduzirmos as contribuições de Donald Winnicott em um capítulo sobre a “herança ferencziana”, é importante esclarecer que, embora o psicanalista inglês não se reconheça como sucessor da tradição húngara, ele possuía alguma proximidade com os escritos de Ferenczi²⁶, assim como é considerado por pesquisadores atuais como parte de uma matriz de pensamento ferencziana, dando importante lugar ao ambiente na constituição psíquica, assim como abordando os sofrimentos decorrentes das falhas ou excessos ambientais (COELHO JUNIOR, 2018; FIGUEIREDO, 2002).

Conforme indicamos anteriormente, Winnicott possui importantes afinidades teórico-clínicas com Michael e Enid Balint, mas não desenvolveu um trabalho especificamente voltado aos profissionais da APS. Contudo, o pensamento do psicanalista inglês se destaca como importante contribuição à nossa pesquisa, pois é

²⁶ Em uma palestra sobre os autores que mais lhe influenciaram Winnicott (1994c, p. 440) afirma: “Nunca sei o que obtive de dar uma olhada em Ferenczi [...]”.

influenciado por quarenta anos de prática clínica em instituições de saúde pública, em uma realidade marcada pela cooperação com médicos de família (GPs). Segundo diversos autores, a rotina de Winnicott em consultar grande contingente de famílias em um hospital público foi uma experiência determinante para sua perspectiva psicanalítica, tendo efeitos em sua concepção de desenvolvimento emocional, assim como em seu entendimento sobre as interações entre saúde e funcionamento familiar (ISAACS-ELMHIRST, 1996; PINHEIRO, 2019; RODMAN, 2003; WINNICOTT, 1991).

Tendo em vista o contexto apresentado acima, discutiremos alguns elementos de duas dimensões da trajetória teórico-clínica de Winnicott: suas afinidades com a medicina de família e sua prática clínico-institucional. A partir da análise destas contribuições para a consulta conjunta, apresentaremos uma releitura de um de seus casos, no qual o paciente e sua mãe foram atendidos por Winnicott juntamente a outra profissional da equipe de saúde.

3.3.1. O médico de família e seu papel de *holding* à comunidade

Embora Winnicott seja amplamente reconhecido como psicanalista e pediatra, é interessante notar que seu projeto profissional inicial era o de atuar como médico de família (GP) em uma região rural e, além disso, seu primeiro livro²⁷ foi publicado em uma série dedicada aos GPs, apresentando reflexões sobre a dimensão emocional do adoecimento das crianças (ABRAM, 2013; TIZARD, 1981; WINNICOTT, 1994a).

O médico de família é um profissional que recebe importante destaque e reconhecimento em diversos escritos de Winnicott, dentre os quais podemos elencar como exemplos: a declaração de que ser um bom GP é uma das ocupações médicas mais difíceis e emocionalmente exaustivas (WINNICOTT, 1997b, 2016a); a valorização da opinião dos GPs acerca dos pacientes com transtornos mentais graves (WINNICOTT, 1994g); e a afirmação de que os GPs são “representantes do cuidado” no âmbito da profissão médica, especialmente antes a lógica do tecnicismo e dos especialismos (WINNICOTT, 1999).

No entanto, Winnicott também indica a possibilidade de a clínica dos médicos de família possuir aspectos iatrogênicos: ele advoga que alguns GPs são enfermos

²⁷ Intitulado “*Clinical Notes on Disorders of Childhood*” e publicado em 1931 (RODMAN, 2003).

em termos psiquiátricos, sendo recomendável que estas pessoas não se aprofundem no cuidado em saúde mental (WINNICOTT, 1994d); e critica a tendência ao excesso de prescrição farmacológica por parte de alguns clínicos gerais com os quais colaborou (WINNICOTT, 2005d). Assim, apesar de não apresentar uma concepção idealizada do GP, o psicanalista sublinha ao longo de seus escritos a importância central desse profissional para o cuidado no âmbito do sistema de saúde.

Ao lado das referências apresentadas acima, Winnicott compreenderá o papel do profissional da APS a partir da **noção de *holding***, uma das ideias centrais de sua obra. Para o autor, a mãe (ou pessoa que ocupa seu papel) desempenha uma função de *holding* (sustentação) e de cuidados ambientais em relação ao recém-nascido, em um processo que parte da dependência absoluta do bebê ao ambiente, passando pela dependência relativa rumo à independência (sempre relativa) (VIEIRA, 2020). Conforme alguns autores destacam, o “ambiente” no pensamento winnicottiano é um conceito dinâmico e com implicações político-sociais, podendo ser entendido em termos de círculos concêntricos que se iniciam na “mãe” (ou quem ocupa seu papel), incluindo progressivamente o “pai”, a família ampliada, a escola e outras instituições de apoio e cuidado (FORRESTER, 1997; GERSON, 2017; GURFINKEL, 2017).

Retomando à questão do médico de família, Winnicott afirma em uma de suas comunicações ao público leigo:

O valor de um clínico geral [GP] numa aldeia consiste, amplamente, no fato dele estar vivo, estar presente e ao alcance de todos. As pessoas conhecem o número do seu carro e a silhueta do seu chapéu. A pessoa leva anos para aprender a ser médico [...], mas no fim, o que importa não é a condição e a habilidade do doutor, mas o fato de que a aldeia sabe e sente que ele está vivo e ao alcance. A presença física do médico satisfaz uma necessidade emocional. Com a mãe sucede o mesmo que com o médico, só que em muito mais elevado grau. A psicologia e os cuidados físicos unem-se nesse ponto. (WINNICOTT, 1982, p. 99–100).

Deste modo, para além da importância sanitária do GP, o autor destaca que o fato de este profissional estar vivo, presente e estável possui uma função de sustentação (*holding*) em relação aos membros de uma comunidade. Em um texto publicado ao final de sua carreira, Winnicott (1999) também destaca o papel de *holding* dos profissionais de saúde no percurso sempre incompleto da pessoa “rumo” à independência, visto que todos seguem, em alguma medida, dependentes dos cuidados de saúde.

A função da estabilidade do GP é discutida de forma ainda mais complexa na resenha de Winnicott do livro “O médico, seu paciente e a doença” de Balint. Ao

discutir sobre as possibilidades e limites de uma “psicoterapia” pelo GP, o autor afirma: “é possível que a sua psicoterapia principal seja feita com pacientes que na realidade não vêm para vê-lo, mas usam de maneira positiva o fato de poderem vê-lo, se sentirem necessidade disso” (WINNICOTT, 1994d, p. 335). Esta proposição pode ser correlacionada à outra ideia do autor: da mesma forma que o amadurecimento emocional implica, para Winnicott (1983), na conquista de a criança “estar só na presença de outro”, o autor destaca o valor do médico em estar disponível em termos potenciais na comunidade para, preferencial e paradoxalmente, não precisar ser “usado”.

As concepções de Winnicott constituem uma contribuição importante para pensar o papel dos profissionais da APS em termos psicanalíticos. No entanto, em nossa perspectiva, alguns dos elementos apresentados pelo autor sobre os GPs também marcaram a sua própria abordagem na prática de consultas em instituições, atividade que oferece aportes importantes para o nosso tema de estudo.

3.3.2. “A clínica aberta” de Winnicott: contribuições para a prática de consultas em instituições

Em 1923, mesmo ano em que iniciou sua análise pessoal, Winnicott começou a trabalhar nos Hospitais Hackney e Paddington Green – ambas instituições públicas²⁸ localizadas em regiões periféricas e vulneráveis em termos socioeconômicos – permanecendo no segundo hospital por quarenta anos (ALEXANDER, 2012; WINNICOTT, 1991). Nestas instituições, Winnicott constituiu uma clínica que recebeu aproximadamente sessenta mil pessoas. De acordo com seus relatos, os pais buscavam Winnicott com queixas de ordem psíquica ou somática sobre seus filhos, em uma modalidade de atendimento que, conforme discutiremos abaixo, possui grande afinidade com a realidade de trabalho da APS. Além disso, a prática de Winnicott em Paddington Green consistia em uma “clínica aberta²⁹” à população, de modo que, em suas palavras, “quem quer que desejasse ver-me [Winnicott] poderia

²⁸ Segundo Alexander (2012), estes dois hospitais, inicialmente filantrópicos passaram a integrar o sistema de saúde inglês (NHS) a partir de 1948.

²⁹ A expressão “*open clinic*” é utilizada por Alexander (2012), Reeves (2015), Kelond (2019) para esta prática clínico-institucional de Winnicott.

fazê-lo [...], simplesmente esperando algumas horas em um banco duro, na manhã apropriada” (WINNICOTT, 1994b, p. 227).

Outro aspecto de aproximação entre a clínica institucional de Winnicott e a APS consiste em sua própria compreensão sobre a função do serviço em seu território. Diante do risco de fechamento de Paddington Green, ele publicou uma carta aberta salientando a importância da estabilidade do hospital de pequeno porte para a comunidade local, enfatizando seu valor mesmo quando, paradoxalmente, o serviço não precisasse ser usado (WINNICOTT, 1949). Deste modo, o autor apresenta uma compreensão sobre Paddington Green a partir de um raciocínio correlato àquele proposto para o GP em relação à comunidade. Ademais, a defesa do psicanalista acerca da importância daquele serviço local se soma a outras críticas à tendência burocratizante do cuidado na saúde pública³⁰.

Embora a atividade clínico-institucional de Winnicott não constitua uma atuação de atenção primária, alguns conceitos apresentados no capítulo anterior como "APS abrangente" podem ser correlacionados à sua prática: uma “clínica aberta” que propicia uma porta de entrada para o cuidado; a potencial continuidade de contato, estreitamente relacionada com a longitudinalidade; e a centralidade da família nas ações clínicas.

Winnicott realizou, como pediatra e psiquiatra infantil, diversas modalidades de atendimento clínico em instituições, denominando uma destas estratégias de “consulta terapêutica³¹, uma prática que possui seus fundamentos na psicanálise, mas é considerada por ele como distinta da análise “padrão” (WINNICOTT, 1994f). Segundo o autor, a prática da consulta terapêutica se justificaria pela importância da ampliação do valor social da psicanálise, sendo utilizada para os casos que não podiam ou não precisavam realizar uma análise tradicional (WINNICOTT, 1984, 1994f). No entanto, esta prática estava longe de ser uma exceção entre as suas atividades, sendo a modalidade de atendimento de crianças e adolescentes mais

³⁰ Embora fuja do escopo da tese, há um interessante debate nos estudos de Winnicott acerca de sua relação com o NHS. Por um lado, Winnicott (2005a) se coloca em desacordo à estatização plena dos serviços de saúde no momento de constituição do NHS, o que é criticado por Beer e Franco (2017) como um posicionamento político-econômico liberal. Para outros autores, contudo, a defesa de Winnicott em relação a Paddington Green, assim como a ênfase de sua crítica ao NHS centrar-se no risco de burocratização das instituições de saúde indicaria antes para a importância primordial da dimensão clínica do cuidado, buscando contribuir para um estado de bem-estar social democrático e liberal na Inglaterra pós-guerras (ALEXANDER, 2016; GERSON, 2017; KELLOND, 2019).

³¹ Embora Winnicott (1994b) relate realizar consultas terapêuticas também em seu consultório privado, foi no contexto institucional que ele exerceu de forma mais extensa esta prática clínica.

frequentemente utilizada por Winnicott no período pós-guerra (KANTER, 2004a). Considerando o escopo de nosso trabalho, abordaremos quatro elementos desta modalidade clínica.

O primeiro elemento consiste na **definição das consultas terapêuticas**: a exploração mais completa possível da primeira ou de poucas entrevistas clínicas (WINNICOTT, 1984, 1994f). Desta forma, a lógica destas consultas preconizava a intervenção clínica mais breve possível, direcionada especialmente para as crianças e adolescentes³² que podiam contar com um “ambiente suficientemente bom” de suporte (p.ex. família e escola), a fim de continuar o trabalho iniciado na(s) entrevista(s) (WINNICOTT, 1984, 1994e). Assim, de modo semelhante às intervenções na APS abrangente, as consultas terapêuticas eram pensadas como um trabalho em conexão com a família e o contexto socio-comunitário.

A possibilidade de uma intervenção psicanalítica em uma ou poucas consultas estava relacionada ao fato de que, para Winnicott (1994f), o profissional nas primeiras entrevistas ainda seria um “objeto subjetivo” para o paciente, não sendo, assim, reconhecido como um objeto externo. Esta proposição estaria baseada na constatação de um paradoxo em sua prática institucional: Winnicott identificou que crianças que apresentavam certa capacidade de acreditar na obtenção de auxílio, relatavam ter sonhado com ele na noite anterior à primeira consulta (ou seja, antes de conhecê-lo).

A concepção de o profissional ser um “objeto subjetivo” fundamenta-se em sua concepção de ilusão como fundamento da subjetividade: para Winnicott (1975b), quando o ambiente inicial se adapta ao bebê, este último cria o seio que é oferecido pela mãe. Podemos compreender, deste modo, que o objeto subjetivo é paradoxalmente “encontrado-criado”. Para o psicanalista, assim como a mãe se adapta sensivelmente para propiciar a experiência de ilusão, o profissional precisaria se ajustar ao lugar de objeto subjetivo nas primeiras entrevistas, permitindo ser encontrado-criado pelo paciente. É interessante notar que Enid Balint (1974) se aproxima desta concepção, ao destacar a importância de o GP perceber – e saber manejar – a “esperança de ajuda” com a qual chegam os pacientes. Em nossa

³² Embora Winnicott indique a possibilidade de consultas terapêuticas com adultos, encontramos apenas o caso da paciente X, de 30 anos, entre seus relatos (WINNICOTT, 1984, 1994e). De acordo com pesquisa realizada por Gustavson (1986), Winnicott teria realizado várias entrevistas pontuais com adultos, mas não teria publicado sobre estas experiências devido às prováveis má-recepção pela Sociedade Britânica de Psicanálise.

perspectiva a contribuição winnicottiana sobre o “objeto subjetivo” é de grande valia para pensarmos o manejo sensível da busca de ajuda por parte das famílias aos profissionais da APS, assim como a esperança depositada por estes últimos no apoio matricial.

O segundo elemento consiste no objetivo da consulta terapêutica: possibilitar um espaço de **comunicação significativa**, no qual o paciente possa se surpreender com suas próprias expressões. Para tanto, é interessante notar que o psicanalista fazia uso frequente do “jogo do rabisco” (*squiggle game*), apresentado da seguinte forma a um dos pacientes consultados: “Fecharei os olhos e farei um risco a esmo no papel; você o transformará em alguma coisa e depois será sua vez e você fará o mesmo e eu transformarei seu traço em alguma coisa” (WINNICOTT, 1984, p. 20). Assim, podemos compreender que a sua perspectiva clínica de comunicação está estreitamente relacionada ao brincar, elemento relacionado em seu pensamento à sustentação de um “espaço e tempo” para a experiência (WINNICOTT, 1975a).

Ainda sobre a comunicação e o brincar, Winnicott (1994e) acrescenta que a relação terapêutica seria efetuada na sobreposição das “áreas do brincar” do paciente e do profissional. Tal concepção de clínica como espaço de brincar partilhado pode ser entendida como uma abordagem no “estilo húngaro”, visto que Ferenczi propôs a “análise através do jogo”, visando reorientar o manejo clínico de “falar da criança” para “falar com a criança” (KUPERMANN, 2008). Além disso, em nossa perspectiva, o uso do termo “comunicação” permite a Winnicott desenvolver a exploração ferencziana sobre a mutualidade, esquivando-se de eventuais polêmicas sobre as acepções de contratransferência no âmbito Sociedade Britânica de Psicanálise (ABRAM, 2000; PINEL, 2018).

Em relação ao segundo elemento, identificamos novamente uma interlocução com o pensamento de Enid Balint (1974), que sublinha a importância do “uso” que o GP permite a seus pacientes fazerem dele mesmo. No contexto de suas explorações sobre a experiência do “*flash*”, a autora indica que, mais do que o tempo de duração da consulta, um elemento crucial seria a presença e confiabilidade do profissional, além de sua sensibilidade à comunicação – especialmente não-verbal – com o paciente no encontro clínico. Deste modo, verificamos a fundamental importância da sustentação da comunicação nas práticas de cuidado da APS, compreendidas à luz do brincar e da possibilidade de “uso” do profissional.

O terceiro elemento se refere à **potencial continuidade de contato**, visto que Winnicott (1984) estava disponível para realizar outras entrevistas (conforme a demanda ou necessidade), assim como mantinha contato à distância com vários dos pacientes e/ou famílias atendidos. Logo, podemos compreender que, embora a consulta terapêutica se configure como uma intervenção pontual, a “presença em potencial” do profissional operava uma função clínica importante na condução dos casos. Este elemento é de especial valor para a APS no SUS, na qual podemos compreender que a equipe de referência constitui uma “presença em potencial” para as famílias, assim como o profissional de apoio matricial em relação aos profissionais e conjunto de usuários.

O quarto elemento consiste no **horizonte cooperativo** nas consultas terapêuticas. Sobre este tema, Winnicott (1994f, p. 247) afirma: “é necessário efetuar [esta modalidade de] trabalho em um *setting* mais amplo em que haja a oportunidade para que um caso deslize para outro tipo de categoria de psiquiatria infantil”. Assim, para o psicanalista, quando uma ou poucas entrevistas não eram efetivas, o caso poderia ser encaminhado para outro profissional de saúde mental. Além disso, em uma leitura atenta dos relatos do autor, identificamos que esta prática clínica era também ampliada pela colaboração com os GPs, como podemos verificar em oito dos casos apresentados em sua compilação de consultas terapêuticas³³. Na perspectiva de Alexander (2012), a colaboração de Winnicott com outros profissionais de saúde estava alinhada com o preconizado no documento “*Dawson Report*”³⁴ – matriz discursiva sob a qual foram constituídas várias das políticas de APS do SUS.

Para além do campo da saúde, podemos identificar ainda em diversos relatos de casos a cooperação de Winnicott com profissionais da educação e da assistência social, visto que ele considerava as consultas “uma entre muitas coisas que estão acontecendo numa vasta área do trabalho social” (WINNICOTT, 1984, p. 138). É importante notar que a concepção destas consultas em um âmbito de trabalho colaborativo mais amplo possui influência da experiência do autor junto à assistente social Clare Britton no processo de evacuação de crianças na segunda guerra mundial

³³ Identificamos algum tipo de articulação – encaminhamento, discussão ou acompanhamento conjunto – com *general practitioners* ou médicos de família (*family doctors*) nos casos de Alfred, Ashton, Cecil, Hesta, Robert, Charles, Jason e George (WINNICOTT, 1971; 1984).

³⁴ De acordo com Campos (2009), o “*Dawson Report on the future provision of medical and allied services*” foi elaborado em 1920 por um conselho formado por políticos e especialistas da Grã-Breanha e pode ser considerado com o texto fundador das políticas públicas de saúde e dos sistemas nacionais de saúde.

(KANTER, 2004a; VIEIRA; CASTANHO; CAMPOS, 2020). Clare Britton-Winnicott (1972), que se tornou a segunda esposa do psicanalista e acompanhou o desenvolvimento das consultas terapêuticas, destaca que, em relação ao trabalho institucional, o psicanalista trabalhava “para fora” (*outwards*), buscando envolver pessoas significativas para o paciente no suporte ambiental do caso. Desta forma, consideramos que a concepção de “*setting* ampliado” apresentada por Winnicott possui grande afinidade com a intersetorialidade na APS, visto que as intervenções na saúde buscam estar em articulação com outros serviços e políticas públicas.

Além de outras pessoas que se fazem presentes no horizonte cooperativo das consultas terapêuticas, identificamos alusões breves acerca da presença de outros profissionais no *setting* das seguintes consultas terapêuticas publicadas pelo psicanalista: liro, Rosemary, Ada, Lily, e o “menino dos cordões” (WINNICOTT, 1975b, 1984). A presença de outros profissionais nas consultas de Winnicott é um elemento de grande relevância para pensarmos possíveis interfaces entre a psicanálise e a consulta conjunta. No entanto, com exceção de um dos casos – discutido abaixo – a presença de outras pessoas no *setting* possui pouco destaque nos relatos das consultas publicados por Winnicott, um problema importante para o nosso tema de pesquisa e que retomaremos ao longo da tese.

Os quatro elementos apresentados – (1) o lugar de objeto subjetivo em uma ou poucas entrevistas; (2) a comunicação significativa; (3) a potencial continuidade de contato e (4) o horizonte cooperativo – são contribuições relevantes para diversas modalidades de consultas na APS. Deste modo, ampliaremos a articulação destes aportes com a consulta conjunta na APS, analisando um caso no qual Winnicott conduziu as entrevistas ao lado de outra profissional da equipe de saúde.

3.3.3. O caso liro: uma consulta conjunta?

Dentre os relatos apresentados por Winnicott em sua compilação de consultas terapêuticas, o caso de liro nos chama especial atenção pelo trabalho realizado junto à equipe de saúde que acompanhava o paciente. Embora trate-se da consulta de uma criança, consideramos encontrar nesta história clínica algumas diretrizes para as intervenções conjuntas na APS com pacientes de diferentes faixas etárias e modalidades de sofrimento.

Esta história clínica se inicia pouco depois de Winnicott se aposentar do Hospital Paddington Green, quando o psicanalista realiza em 1964 uma visita “sob os auspícios” da Organização Mundial de Saúde ao Hospital Pediátrico Lastenlinna, na Finlândia. Segundo o autor, seu principal objeto era o realizar um “estudo de caso” com os profissionais da instituição de saúde – médicos, diretora, enfermeiros, psicólogo, assistente social e visitantes –, a fim de transmitir algo de seu manejo clínico àquela equipe (WINNICOTT, 1984). Identificamos desde o início do caso uma afinidade com o apoio matricial na APS: propõe-se que a equipe de saúde identifique um paciente a fim de ampliar sua compreensão e abordagem do caso, com a perspectiva de que os profissionais da localidade sigam como referência de cuidado.

Neste contexto, Winnicott (1984) apresenta a descrição feita sobre o paciente selecionado pela equipe: liro é uma criança de 9 anos, internada na divisão ortopédica devido à um quadro de sindactilia, condição congênita que faz com que os dedos de suas mãos e de seus pés apresentem uma união visível. De acordo com o autor, a criança era bem conhecida da equipe e, devido à doença, tinha atenção por parte de profissionais de saúde “quase permanentemente” desde o seu nascimento. Além dos sintomas relacionados à sindactilia, os profissionais da equipe também referem outros sintomas inespecíficos que lhes chamavam a atenção, como confusões, dores de cabeça e abdominais.

A partir da demanda da equipe, Winnicott (1984) se dispôs a realizar uma consulta com a criança. O autor justifica desde o início que a entrevista contou com a presença da assistente social Helka Asikainen como intérprete entre os idiomas inglês e finlandês. Embora Winnicott enfatize em seu relato que Asikainen se restringiu ao papel de tradutora, realizando o seu trabalho de modo que pôde ser “rapidamente esquecida” pelo psicanalista e pela criança, a assistente social possuía conhecimentos sobre o caso e um vínculo com a mãe de liro, de modo que, conforme aprofundaremos, parece ter exercido uma função de “tradução” que se estendeu para além da questão do idioma. Além disso, é digno de nota considerarmos que o próprio Winnicott já matinha certo vínculo com Asikainen, visto que alguns anos antes ela havia estado em pelo menos outras duas consultas terapêuticas com o psicanalista³⁵.

³⁵ Algumas notas sobre duas entrevistas realizadas em 1961 na Finlândia – das crianças Matti e Sakari –, revelam que Asikainen havia participado como intérprete de consultas realizadas pelo psicanalista anteriormente (WINNICOTT, 2016b, 2016c). Contudo, não identificamos outras informações sobre a relação entre Winnicott e Asikainen no conjunto de escritos de Winnicott ou de seus principais comentaristas.

A partir da demanda da equipe, podemos considerar que Winnicott (1984) realiza sua intervenção em quatro momentos: (1) o contato com o paciente; (2) a inclusão da família; (3) a intervenção junto à equipe; (4) os desdobramentos da consulta. Analisaremos alguns aspectos desses quatro momentos, enfatizando suas contribuições para o apoio matricial e para o raciocínio clínico na consulta conjunta³⁶.

Winnicott encontra primeiramente liro, o que é coerente com seu posicionamento ético de escutar, sempre que possível, aquele identificado como paciente³⁷, seja criança ou adulto (WINNICOTT, 1984). Esta posição de Winnicott é de grande valia para a atuação na APS, visto que a acolhida habitual de mais de um membro da família pode produzir falta de clareza acerca de quem demanda cuidados e sobre como organizar a escuta.

Além disso, o psicanalista lança mão do jogo do rabisco em sua comunicação com a criança. Logo no primeiro desenho, liro retrata um pé de pato, referência que surpreende Winnicott (1984) pela correlação evidente com sua doença e suas limitações. Contudo, ao invés de estabelecer interpretações diretas ao material apresentado, o psicanalista “responde” desenhando outro pé de pato, visando certificar-se que estavam “falando a mesma língua” e se comunicando. Para o escopo de nosso trabalho, destacamos que nos dez rabiscos seguintes que foram construídos conjuntamente, o psicanalista não realiza interpretações, sustentando as condições de uma entrevista na qual a criança possa se surpreender com suas próprias produções (TOSTA, 2017). Este elemento constitui um aporte relevante para a atuação na APS, pois desvela a importância fundamental de buscar proporcionar – mesmo diante da grande demanda de casos – o “espaço e o tempo” necessários para que cada paciente possa vivenciar o processo.

A partir do décimo primeiro desenho, Winnicott (1984) tem confiança de estar se comunicando, sinalizando a liro que ele realizou um rabisco bastante semelhante à sua mão esquerda (afetada pela sindactilia). A partir dessa intervenção pelo profissional, a criança verbaliza ter tido várias cirurgias, acrescenta que passaria por outras intervenções médicas e indica seu desejo em fazer atividades incompatíveis

³⁶ No artigo “Das consultas terapêuticas à consulta conjunta: contribuições de Winnicott à prática do apoio matricial” apresentamos uma discussão ampliada desse caso (VIEIRA; CASTANHO, 2021).

³⁷ A escuta da criança e adolescentes se dava tanto na presença como na ausência dos pais, a depender do caso, constituindo antes um princípio de atenção primordial de escuta ao paciente do que uma “ordem cronológica” entre os entrevistados. Além disso, em alguns casos, Winnicott percebeu na própria demanda elementos que o levavam a escutar prioritária ou exclusivamente os pais (a exemplo do caso de Lily, de 5 anos) (WINNICOTT, 1984).

com sua condição, a exemplo de tocar flauta. O paciente acrescenta ainda que “escolheu passar pelas operações”, o que neste momento foi acolhido e intencionalmente não questionado por Winnicott.

Após a troca de mais alguns desenhos, liro realiza um rabisco (figura de uma “enguia”), o qual o psicanalista considerou uma manifestação de estado primitivo da criança e frente ao qual ele decidiu realizar uma “interpretação verbal integradora”:

Se pensarmos em você quando pequeno, você gostaria de nadar no lago, ou nadar em lagos como os patos. Está me dizendo que gosta de você mesmo com seus pés e mãos ligados e que precisa que as pessoas o amem da maneira como era quando nasceu. Já crescido você quer tocar piano, flauta e fazer trabalhos manuais, e assim concorda em continuar a ser operado, mas a coisa principal é ‘ser amado como é e do modo como nasceu’ (WINNICOTT, 1984, p. 31)

Logo, assim como as trocas de rabiscos feitas no papel, Winnicott faz uso dos elementos comunicados por liro ao longo da consulta, permitindo então que ele possa se expressar. Como resposta, o paciente revela que sua mãe “era como ele” (vivia com sindactilia), o que significaria que liro tinha de lidar com essa condição não apenas para si mesmo, mas também no que se referia à sua mãe. É importante salientar que a descoberta do lugar da mãe na história clínica não fez com que Winnicott interrompesse a entrevista da criança para falar com a família. Este aspecto, de grande valor para as consultas em instituição, indica para a importância de que a intervenção com cada paciente (ou membro da família) possa ser vivida, conforme enfatizado por Safra (1999), como uma “experiência completa”. Deste modo, Winnicott seguiu a consulta com liro com a troca de mais alguns rabiscos, até o momento em que o próprio paciente indicou que estava preparado para se despedir.

Assim como fizeram em relação à criança, Winnicott e Asikainen sustentaram, em um segundo momento, “espaço e tempo” para a mãe de liro, que encontrou oportunidade de se expressar. A mãe destacou seus conflitos acerca de ter gozado de uma vida sexualmente ativa e satisfatória, embora tivesse de lidar com a possibilidade de transmitir uma doença genética para um de seus filhos. Nesse sentido, ela pôde verbalizar que inicialmente odiou e rejeitou liro, mas terminou por transformar o ódio em uma predileção por este filho, tornando-se obcecada em recorrer a cirurgias para “consertar” os seus dedos.

Ao abordar a consulta com a mãe de liro, Winnicott (1984) afirma novamente não se lembrar de haver uma tradução e sentir “como se estivesse falando diretamente com ela [mãe]”. Contudo, algumas observações de Winnicott desvelam o

vínculo de Asikainen com a família, indicando também que o psicanalista considerou as informações obtidas pela profissional sobre a mãe. Neste sentido, o autor destaca a importância do momento em que a mãe de Iiro verbalizou algo diferente do que havia abordado antes com Asikainen, “algo que provavelmente nunca lidou na parte consciente e verbal da mente” (WINNICOTT, 1984, p. 34). Em nossa perspectiva, este elemento indica a possibilidade de um trabalho conjunto no apoio matricial que permita fazer uso de informações já colhidas por outro profissional, sem perder de foco a abertura para a surpresa – tanto dos profissionais como do paciente – para os novos elementos emergentes no encontro clínico.

Após as conversas com Iiro e sua mãe, em um terceiro momento o psicanalista realiza um trabalho junto à equipe que acompanhava Iiro. Ao longo do relato do caso, Winnicott (1984) refere que um dos médicos “sentia” que Iiro estava muito complacente em relação às várias cirurgias, mas esta informação não havia sido trazida na demanda inicialmente formulada pela equipe. Sobre o processo de intervenção no caso, o autor declara:

Pode-se dizer que houve algum resultado do trabalho que fiz ao entrevistar a criança e a mãe. Incidentalmente, isso me forneceu o material claro para a descrição ao pessoal do hospital, à espera de que eu falasse sobre uma criança que todos já conheciam. Mais importante ainda, foi-me relatado mais tarde que, depois desse trabalho, uma atitude mais realística foi adotada em relação à correção dos pés e mãos de Iiro. As limitações foram mais facilmente aceitas e isso proporcionou um alívio geral da tensão. [...] (WINNICOTT, 1984, p. 35)

A partir das informações acima, consideramos que o psicanalista discutiu o caso com os profissionais que acompanhavam Iiro, oferecendo contribuições para que a própria equipe pudesse compreender a atitude complacente da criança e para ampliar sua perspectiva no seguimento dos cuidados ao paciente. Ao referir que “uma atitude mais realística” foi adotada frente à condição física de Iiro, podemos entender que houve uma mudança de relação não apenas por parte da família, mas também por parte da equipe de saúde, acerca dos limites de alcance das cirurgias. Além disso, fazendo uso da terminologia balintiana, podemos dizer que a intervenção de Winnicott pode ter permitido que os profissionais de saúde entrassem em contato com suas respostas contratransferenciais em relação ao caso.

Ao avaliar os desdobramentos da visita de Winnicott junto à equipe (quarto momento), consideramos que a intervenção do psicanalista possibilitou uma ampliação da perspectiva dos profissionais para a singularidade daquele paciente e família. Além disso, sem haver a pretensão de que os profissionais da equipe se

tornassem “especialistas” em saúde mental, entendemos que Winnicott partiu de um interesse técnico (“mostre-nos o que você faz”) para transmitir uma resposta ética (“como eu me comunico e me relaciono com os pacientes”), o que consiste em relevante contribuição para o trabalho do psicólogo junto aos profissionais da APS.

Ao final do artigo, Winnicott destaca também que a “entrevista não foi perdida” pelo paciente após cinco anos da consulta, acrescentando que liro poderia não mais lembrar de detalhes do encontro clínico, mas continuou a manter contato com o psicanalista, enviando cartas e fotografias sobre seu cotidiano. Em relação a este elemento verificamos que liro seguiu fazendo uso da “presença potencial” de Winnicott como um fator de saúde. Além disso, é interessante destacar que Asikainen seguiu envolvida no caso, traduzindo e intermediando a troca de cartas entre a criança e o psicanalista até o falecimento deste último³⁸. Propondo uma interface entre este caso e o apoio matricial na APS, podemos considerar que Winnicott conseguiu conciliar uma modalidade de cuidado para o paciente e a família, assim como realizar um trabalho junto à equipe que seguiria o acompanhamento longitudinal do caso.

Além dos elementos já discutidos, levantamos ainda duas outras hipóteses acerca do lugar ocupado por Asikainen no caso de liro. A primeira é que esta última profissional se manteve, em alguma medida, como uma referência para liro e sua família naquele contexto institucional e social. Como segunda hipótese, consideramos que a tradução feita pela assistente social consistiu em um trabalho para além dos idiomas. Problematizando este ponto, propomos uma nova afinidade do caso de liro com o apoio matricial: assim como o profissional matriciador, Winnicott é requisitado pela equipe sobre um saber acerca da vida psíquica e emocional, mas não “fala a língua” do paciente, ou seja, não conhece os códigos sociais, comunitários e institucionais daquele contexto; por outro lado, de forma semelhante ao profissional do “território”, Asikainen tem um conhecimento sobre o caso e sobre a família, conseguindo “traduzir” muito do mundo singular de liro. Deste modo, deslocando o eixo de leitura do “esquecimento de Asikainen” para a presença da profissional no seguimento do caso naquela localidade, consideramos poder “encontrar-criar” referências fecundas para a prática de consultas conjuntas na APS.

Seguiremos nosso trabalho discutindo algumas experiências contemporâneas de consulta conjuntas realizadas na interface com a psicanálise, enfatizando sua

³⁸ Conforme relatado por Clare Winnicott (1972).

relação com os autores até aqui abordados e avaliando sua pertinência para o contexto da APS do SUS.

3.4. EXPERIÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DE CONSULTA CONJUNTA NA INTERFACE COM A PSICANÁLISE

Conforme abordamos no capítulo anterior, Mello Filho propôs sua concepção de consulta conjunta baseando-se explicitamente no trabalho de Michael Balint, mas também é relevante assinalar que a obra de Winnicott foi uma influência determinante no pensamento daquele médico e psicanalista brasileiro (PENNA, 2018). Deste modo, entendemos que o pensamento winnicottiano não apenas se mostra relevante para pensarmos a consulta conjunta na APS do SUS, como pode ter influenciado – ainda que de forma implícita – a concepção inicial desta prática no Brasil.

Identificamos na literatura dos últimos trinta anos, outras experiências de consultas conjuntas que se apresentam, em alguma medida, na interação com a psicanálise. É interessante notar que estes trabalhos, em sua maioria, fazem uso de ideias ou conceitos advindos do casal Balint e/ou de Winnicott. Além disso, estas experiências se desenvolvem em diferentes países e tipos de serviço de saúde. Assim, apresentaremos alguns elementos do conjunto de estudos identificados, dando maior ênfase a duas experiências contemporâneas no campo da APS.

Dois publicações sobre a prática de consultas conjuntas advêm de sua prática no âmbito hospitalar na Argentina. Estes trabalhos, embora não se situem no campo da APS, apresentam interfaces interessantes com o pensamento winnicottiano: (1) Sorgen e Calzetta (2014) apoiam-se na proposta das consultas terapêuticas de promover uma comunicação significativa em poucos encontros, a fim de estender esta possibilidade para a consulta conjunta entre psicólogo e ginecologista em serviço hospitalar infanto-juvenil; (2) Chevnik (1991), por sua vez, considera que o complexo e intrincado campo relacional constituído pela presença de dois profissionais poderia ser pensado, em termos winnicottianos, como potência criadora.

Além das duas referências do âmbito hospitalar, identificamos a experiência de consultas conjuntas iniciadas pela psicanalista Monique Tricot e pela pediatra Marie-Thérèse Fritz em um serviço de proteção materno-infantil na França (TRICOT; FRITZ, 2009). Embora não se trate, em termos estritos, de um serviço de APS, entendemos que este trabalho clínico-institucional implica no vínculo com as gestantes e ao

acompanhamento longitudinal das díades mãe-bebê nos primeiros anos de vida. Em sua participação nas consultas conjuntas, Tricot (2016) salienta a importância de sua escuta atenta ao inconsciente na relação transferencial dos pacientes aos profissionais, o que possibilitaria certo deslocamento do olhar biomédico naquele contexto institucional. Além disso, Bethenod *et al.* (2016) e Fritz (2016) indicam que esta prática possibilitaria a transmissão de um estilo de escuta e ética clínica relacional mais aberta às singularidades de cada encontro clínico, postura que, a nosso entender, possui grandes afinidades com a perspectiva de Enid Balint para o profissional de APS e com o estilo clínico de Winnicott nas consultas terapêuticas.

Além das referências à consulta conjunta em contexto hospitalar e na proteção materno-infantil, abordaremos abaixo alguns aspectos de duas experiências realizadas na APS na Inglaterra e Itália.

3.4.1. **Primary Care Psychotherapy Consultation Service**

O Primary Care Psychotherapy Consultation Service (PCPCS) é uma unidade de Tavistock componente do NHS que visa ampliar as possibilidades de cuidado em saúde mental no âmbito da APS³⁹, oferecendo especialmente apoio para a sustentação do vínculo entre profissionais e pacientes, assim como qualificar, quando necessário, o encaminhamento para serviços especializados. O PCPCS, que se apresenta como um “serviço informado pela psicanálise”, é composto por equipe multiprofissional – psicólogo, psiquiatra, enfermeiro e assistente social – e atende parte da capital inglesa, assim como Hackney, na região metropolitana de Londres (CARRINGTON; ROCK; STERN, 2012; ROCK; CARRINGTON, 2012; STERN; HARD; ROCK, 2015).

De acordo com Stern, Hard e Rock (2015), o PCPCS oferece duas possibilidades de intervenção junto aos médicos de família: em primeiro lugar é oferecida uma consulta (ou consultoria) para o GP, sem a presença do paciente e família em questão e; em segundo lugar, é oferecida uma consulta conjunta com o GP e o paciente (incluindo sua família em alguns casos) no serviço local de APS. Sobre esta questão, os autores declaram:

³⁹ De acordo com Stern, Hard e Rock (2015), o PCPCS faz parte de um programa mais amplo do NHS denominado *Improving Access to Psychological Therapies*.

as consultas conjuntas com o GP e o paciente/família são oferecidas por membros sêniores da equipe no serviço, especialmente nos casos em que o GP se sente “emperrado” com um paciente específico, ou quando o GP acredita poder haver um componente psicológico para a sintomatologia, mas não consegue “chegar lá” com o paciente, ou se sente bloqueado de uma das muitas maneiras possíveis⁴⁰ (STERN; HARD; ROCK, 2015, p. 13, tradução nossa).

Deste modo, a consulta conjunta é considerada como uma prática a ser conduzida pelos profissionais mais experientes do PCPCS e indicada em um segundo momento, a partir de um “entrave” no processo de cuidado do GP. Além das intervenções conjuntas, o PCPCS também oferece acompanhamentos psicoterapêuticos breves (conforme preconizado pelo NHS), de modo a reduzir os encaminhamentos para serviços especializados. Em nossa perspectiva, o desenho geral do PCPCS possui diversas afinidades com o apoio matricial no SUS.

Embora Carrington, Rock e Stern (2012) enfatizem que o trabalho do PCPCS consiste em uma prática “informada pela psicanálise” – lançando mão também de conhecimentos de disciplinas biomédicas –, eles propõem a integração de um modo de pensar psicanalítico no tecido do trabalho realizado junto aos profissionais da APS. Neste sentido, os autores apresentam cinco princípios de atuação relacionados à psicanálise, que possuem impacto nas consultas conjuntas realizadas pelo serviço e que fazem uso de ideias presentes na obra do casal Balint e Winnicott.

Os dois primeiros princípios remetem para a centralidade das relações interpessoais para a saúde mental, assim como a importância da **dinâmica transfero-contratransferencial**. Na perspectiva de Carrington, Rock e Stern (2012), os vínculos com os pacientes e as relações entre os profissionais seriam perpassados pela transferência, o que entraria em jogo, por exemplo, na solicitação ou recusa para a realização de uma consulta conjunta.

O terceiro princípio, conforme Carrington, Rock e Stern (2012), consiste na importância e na **função dos limites ou fronteiras** (*boundaries*) para o trabalho clínico, desdobrando-se em duas dimensões. Primeiramente, a “interiorização dos limites” pode ajudar o psicólogo⁴¹ do PCPCS a manejar a consulta conduzida junto a outro profissional diante do paciente (e ainda de um familiar). Em segundo lugar, os

⁴⁰ “[...] *joint consultations with the GP and patient/family are offered by senior staff members in the service, especially in cases where the GP feels stuck with a particular patient, or where the GP believes there may be a psychological component to the symptomatology, but is unable to ‘get there’ with the patient, or is feeling blocked in one of many possible ways*”.

⁴¹ Neste e nos parágrafos abaixo enfatizamos o psicólogo, embora os autores apresentem os princípios de trabalho a todos os profissionais do PCPCS que realizam consultas conjuntas.

profissionais do PCPCS possuem a expectativa de que “ter os limites em mente” nas intervenções conjuntas pode auxiliar os profissionais apoiados a manejar as fronteiras em sua relação com os pacientes e/ou suas famílias.

O quarto princípio é relativo à habilidade de **tolerar a incerteza clínica**, elemento especialmente importante face aos pacientes com sintomas sem explicação médica no âmbito da APS. Neste ponto, Carrington, Rock e Stern (2012) enfatizam que não saber o que está ocorrendo pode ser fonte de sofrimento para os pacientes, mas muito frequentemente também implica em ansiedades ou angústias para os GPs, o que pode levar a encaminhamentos ou procedimentos desnecessários e de potencial iatrogênico. Deste modo, os autores enfatizam a importância de o psicólogo do PCPCS problematizar eventuais concepções pré-estabelecidas pelos GPs de que os problemas estão “apenas na cabeça dos pacientes”, auxiliando a sustentarem a incerteza clínica na escuta singular.

O quinto princípio consiste na sustentação de uma “**posição terceira**” à relação do GP e seu paciente. Conforme Carrington, Rock e Stern (2012), a presença do psicólogo poderia sustentar, no contexto da consulta conjunta, uma posição de “não-saber”, abrindo novas possibilidades para pensar o caso. Além disso, a posição externa à dupla paciente-profissional permitiria, na perspectiva dos autores, uma ampliação das possibilidades de o caso ser pensado para além do momento da consulta conjunta, salientando que, em termos psicanalíticos, “nossa capacidade de pensar se desenvolve por meio da experiência de sermos pensados⁴²” (CARRINGTON; ROCK; STERN, 2012, p. 107, tradução nossa).

Ainda sobre o quinto princípio, Carrington, Rock e Stern (2012), remetem a Winnicott ao estabelecer um paralelo: do mesmo modo que a relação mãe-bebê precisa da sustentação da função paterna, a relação médico-paciente precisa de um “terceiro”. Ademais, ao longo de alguns textos sobre o PCPCS, destaca-se a concepção de relações triangulares em todos os processos de trabalho do serviço, indicando ser fundamental que os profissionais do PCPCS possuam uma supervisão acerca de sua relação com os profissionais de APS apoiados.

O sexto princípio, por sua vez, refere-se ao **reconhecimento da singularidade** – transversal aos elementos já apresentados acima. Em relação a este aspecto, Carrington, Rock e Stern (2012) assinalam a importância de atentar não apenas para

⁴² “our ability to think develops through the experience of being thought about”.

a singularidade de cada paciente e de cada caso, mas também para a singularidade de cada profissional e da “microcultura” de cada serviço de saúde. Neste sentido, Hard, Rock e Stern (2015) enfatizam que diferentes estratégias funcionam com diferentes profissionais da APS, visto que nem todos se mostram dispostos para intervenções clínicas conjuntas⁴³.

Como exemplo clínico de utilização da consulta conjunta, Hard, Rock e Stern (2015) apresentam o caso de uma paciente com diagnóstico de transtorno depressivo recorrente e um longo histórico de abuso de drogas. Apesar de os autores enfatizarem que a paciente encontrou espaço na consulta conjunta (com o GP e o profissional do PCPCS) para abordar sua impulsividade e dificuldade de lidar com suas emoções, a história clínica é apresentada com ênfase no itinerário de tratamentos passados, assim como nas possibilidades de encaminhamento para um serviço especializado em saúde mental. Além disso, embora os autores também indiquem um ganho na capacidade do GP compreender e manejar o caso, sublinha-se o estabelecimento de nova hipótese diagnóstica biomédica para a paciente, de modo que a relação entre os princípios psicanalíticos apresentados acima e a condução clínica da consulta conjunta não é desenvolvida de modo aprofundado no relato clínico.

3.4.2. Universidade La Sapienza

Desde 2000, o médico e psicanalista Luigi Solano coordena e supervisiona um programa no qual especializando em Psicologia da Saúde da Universidade La Sapienza realizam consultas com médicos de famílias na região de Roma, experiência que tem contribuído para a implantação progressiva do “*psicologo di base*” na política de APS da Itália (SOLANO, 2012, 2020). Dentre as publicações de Solano, selecionamos as que propõem interfaces entre o programa desenvolvido na Universidade La Sapienza e a psicanálise.

A experiência de Solano possui uma particularidade, que a distingue da prática mais recorrente no apoio matricial do SUS: o psicólogo se faz presente em todas as consultas do médico de família em um dos dias da semana. O autor fundamenta-se no pensamento de M. Balint para propor esta modalidade de consultas conjuntas com

⁴³ Hard, Rock e Stern (2015) indicam uma adesão cinco vezes menor dos médicos (GPs) às consultas conjuntas do que o inicialmente planejado no projeto do PCPCS, além deste recurso ser utilizado principalmente como qualificação para o encaminhamento a outro serviço.

o intuito de intervir antes da “organização da doença” (ou do recurso a um serviço especializado em saúde mental). Neste sentido, a partir da consulta conjunta, o psicólogo poderia propor consultas individuais para pacientes a quem isso fosse necessário e viável, não havendo a pretensão de este profissional acompanhar pacientes em sofrimentos psíquicos mais grave ou de substituir outras instâncias de cuidado em saúde mental (SOLANO, 2012; SOLANO *et al.*, 2009).

Diferentemente do PCPCS, Solano não arrola quais seriam os conceitos psicanalíticos norteadores de seu modelo de consulta conjunta, embora indique que a presença da dupla de profissionais teve **implicações transferenciais** para alguns pacientes (à luz da “dupla parental”), assim como considera que a **presença de um “terceiro”** no consultório fomentaria maior possibilidade de lidar com as incertezas clínicas e favoreceria a escuta do paciente (SOLANO, 2020; SOLANO *et al.*, 2009).

Em interface com a psicanálise, Solano propõe ainda algumas justificativas para a realização da consulta conjunta, assim como sua interpretação dos efeitos dessa prática. Na perspectiva do autor, com o aumento da lógica dos especialismos e da fragmentação do cuidado, seria pouco viável realizar o projeto balintiano de formação do GP para o cuidado em saúde mental, tornando-se mais interessante e viável a colaboração do médico generalista com um psicólogo de orientação analítica em seu cotidiano de trabalho (SOLANO, 2012; SOLANO *et al.*, 2009). Além disso, Solano (2012) ressalta que o alcance dessa abordagem não se daria apenas para o campo da “saúde mental”, visto que seu projeto visa principalmente contribuir para um cuidado mais integrado em termos psicossomáticos na APS. Este aspecto é apresentado pelo autor em referência estreita com Balint e Winnicott, a partir de algumas noções que aprofundaremos no próximo capítulo.

Nos casos apresentados por Solano, decorrentes dos atendimentos de especializandos da universidade, o autor destaca a potencialidade da presença do psicólogo antes de haver uma demanda expressa de “atendimento em saúde mental”. Segundo esta proposta, os “sinais” apresentados pelo paciente (p.ex. queixas ou sintomas somáticos inespecíficos) poderiam encontrar sentido, ou mesmo transformação, a partir de uma escuta que fosse continente, o que possibilitaria a alguns pacientes estabelecerem a ligação entre suas enfermidades e aspectos significativos abordados ao longo dos encontros clínicos. Além disso, o autor indica que certos pacientes se beneficiam da disponibilidade de reencontrar o psicólogo para uma ou mais entrevistas individuais, de modo que para algumas pessoas este recurso

é fundamental para o progresso do caso, assim como outros se beneficiam desta possibilidade⁴⁴ sem efetivamente iniciarem qualquer tipo de acompanhamento individual (SOLANO, 2012, 2014, 2020) – ideia que, ao nosso ver, possui estreita relação com a concepção winnicottiana do valor da presença potencial do profissional de APS.

Em nossa perspectiva, a experiência conduzida por Solano indicaria algumas possibilidades das consultas conjuntas mais espontâneas no contexto da APS – antes da elaboração de uma queixa específica de sofrimento mental –, enquanto a experiência do PCPCS apontaria alguns caminhos para a consulta conjunta ante a casos de sofrimento mental intenso e abuso de substâncias. Embora bastante distintas entre si – e diferentes da realidade do SUS –, consideramos que as duas experiências contemporâneas abordadas acima reforçam a pertinência da interface entre a psicanálise e a prática da consulta conjunta na APS, além de indicar para sua realização em momentos diferentes da “organização da doença” (Balint)

Embora o conjunto de experiências contemporâneas de consulta conjunta – tanto dentro como fora do contexto da APS – façam referências à Balint e Winnicott, consideramos que a potencialidade clínica de diversos aportes destes psicanalistas para a problemática da consulta conjunta poderia ser mais bem aprofundada, intuito para o qual nos dedicaremos na sequência de nosso trabalho. Além disso, embora várias das experiências contemporâneas (nacionais e internacionais) indiquem a importância de dispositivos de intervenção com as equipes da instituição em articulação à realização das consultas conjuntas, estas publicações não aprofundam a concepção psicodinâmica e metapsicológica de tal trabalho clínico-institucional (CHAZAN *et al.*, 2019; CHEVNIK, 1991; HARD; ROCK; STERN, 2015; TRICOT, 2016). Considerando a centralidade da atuação multiprofissional e cooperativa na APS do SUS, exploraremos no próximo capítulo a problemática do trabalho em equipe através da psicanálise, investigando conceitos que nos permitam ampliar a compreensão dos limites e possibilidades da consulta conjunta em contexto institucional.

⁴⁴ Neste sentido, Solano (2014) apresenta o caso de Dino, 44 anos, que após consulta conjunta entre médico de família e psicóloga retorna ao serviço para relatar ter apreciado a escuta proporcionada pela profissional de saúde mental e solicita indicações de que dias poderia reencontrá-la. Contudo, escolhendo vir às consultas médicas justamente nos dias em que a psicóloga não se encontrava, Dino refere ao longo de um ano progressos importante em relação a suas queixas iniciais.

4. CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O CUIDAR (E PENSAR) EM EQUIPE NO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Com base em nossa experiência prática e nas diretrizes sobre o apoio matricial publicadas pelo SUS, entendemos que a participação do psicólogo em consultas conjuntas com as EqSF abrange relações complexas de trabalho em equipe. A partir da distinção entre “equipe de referência” e “apoio matricial” apresentadas no início de nosso trabalho, podemos considerar que o psicólogo se posiciona em um lugar paradoxal, no qual possui certa externalidade às equipes e, concomitantemente, é visto parcialmente como “interno” a cada EqSF apoiada, participando de diversas práticas junto aos seus profissionais (p.ex. reuniões de equipe, visitas domiciliares, atividades em grupo etc.). Deste modo, também orbitam entorno da consulta conjunta questões relativas à relação do apoiador matricial com as diversas EqSF, assim como tensionamentos acerca da responsabilidade de cuidado e de acompanhamento do paciente.

A fim de considerar diferentes espectros de relações entre equipe de referência e psicólogo no âmbito do apoio matricial – assim como suas implicações para a prática da consulta conjunta – retornaremos ao conceito de “conluio do anonimato” em Balint, perfazendo um percurso pela prática institucional de Winnicott e pelas contribuições da clínica psicanalítica de grupos e instituições.

4.1. ALGUNS IMPASSES DO TRABALHO REALIZADO ENTRE VÁRIOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Conforme introduzimos no capítulo anterior, Michael Balint e Donald Winnicott mantiveram debates que enriqueceram suas perspectivas sobre a medicina de família, assim como influenciaram a cada autor na construção de suas perspectivas teórico-clínicas psicanalíticas singulares⁴⁵. Abordaremos aqui algumas contribuições de Michael Balint a partir de alguns impasses identificados por ele no trabalho realizado entre profissional “generalista” e “especialista”, tema que permitirá a Winnicott

⁴⁵ Apesar de se interessarem por temas bastante similares (p.ex. relação mãe-bebê, psicossomática e extensões da psicanálise no campo da saúde), Michael Balint e Winnicott sustentavam discordâncias teóricas importantes no que tange ao estatuto da relação inicial do bebê com o ambiente (p.ex. o uso do conceito de narcisismo primário por Winnicott e a proposição do “amor primário” por Balint) (GRUFINKEL, 2017; VIEIRA, 2020).

desenvolver ideias importantes sobre o cuidado em equipe e seus efeitos no manejo dos pacientes.

4.1.1. **Balint e o “conluio do anonimato”**

Conforme introduzimos no capítulo anterior, Michael Balint (1988) utiliza o termo “conluio do anonimato” para abordar os casos nos quais o paciente é atendido e/ou acompanhado por diversos médicos, sem que nenhum dos profissionais assuma a responsabilidade integral pelo caso. É interessante notar que o psicanalista se interessa por este problema desde sua atuação em Budapeste.

No artigo “A crise da prática médica” de 1930, Balint (2002) dedica-se a uma questão ainda contemporânea: como o médico de família poderia lidar com a proliferação de especialidades, tecnologias e diversidade de competências exigidas para cuidar do paciente “como um todo”? Sem buscar oferecer respostas definitivas, o autor refere ser comum o encaminhamento de um paciente com “problemas gástricos” para diversos especialistas e exames, sendo que, na maioria dos casos, conclui-se que o paciente “não sofre de nenhuma doença orgânica evidente”. A partir desse exemplo, Balint ressalta que tal lógica compartimentalizada no campo da saúde seria conveniente para os próprios profissionais envolvidos no caso. Contudo, o autor sublinha que o paciente, buscando alguém que o acolha como pessoa integral, poderia se colocar em risco ao recorrer a “curandeiros”.

A lógica compartimentalizada no campo da saúde ganhou outras facetas quando Michael Balint passou a se reunir com médicos de família (GPs) pertencentes ao NHS, visto que o psicanalista verificou que a disponibilidade de profissionais em um sistema de saúde gratuito e de acesso universal poderia complexificar ainda mais a fragmentação do cuidado. Neste sentido, o trabalho de Enid e Michael Balint nos grupos com GPs permitiu identificar a dimensão inconsciente do conluio do anonimato, que não envolveria apenas os profissionais, mas também incluiria o paciente em muitos dos casos.

É possível averiguar a complexidade deste fenômeno em uma das situações clínicas acompanhadas ao longo dos grupos coordenados por Michael Balint (1988):

o caso⁴⁶ da Srta. F., 24 anos, paciente do Dr. C. (médico de família) há mais de um ano e que, ao longo de suas consultas se queixava constantemente de irregularidades menstruais, dores intensas na perna, eczema e mal-estares. Segundo relato da paciente, seus sintomas teriam se iniciado no colégio interno, quando ela e outras alunas tiveram uma intoxicação alimentar. Além de emagrecer muito, a Srta. F. teria sofrido um colapso nervoso, perdendo parte dos cabelos, interrompendo seus períodos menstruais e ficando um ano na casa de sua família. Ao retornar ao colégio interno, ela teria percebido um inchaço nas pernas, recebendo injeções hormonais por parte de um clínico geral (não identificado no caso).

A Srta. F. pertencia a uma família rural inglesa de classe média alta e trabalhava em Londres como secretária. Segundo Balint (1988), quando a paciente estava na capital, era acompanhada pelo Dr. C., mas quando viajava ao interior – o que ocorria com frequência –, frequentava outro clínico geral. Além disso, quando o Dr. C. se torna seu médico de família, a Srta. F. já era acompanhada pelo Dr. Z, amigo dos pais da paciente e especialista renomado de um hospital-escola. Na perspectiva do Dr. C, o especialista (Dr. Z), consultava a paciente muito rapidamente, interessando-se somente por seus sintomas físicos.

No contexto do grupo conduzido por Balint (1988), o Dr. C. relatou seu incômodo por encontrar-se responsável em ministrar burocraticamente uma série de injeções e remédios prescritos pelo Dr. Z., tratamento que, na perspectiva do médico de família, parecia de pouca utilidade à paciente. Além disso, ao comparecer para as injeções, a Srta. F. utilizava o tempo nas consultas com o Dr. C. para tecer críticas ao Dr. Z, embora não deixasse de ir às consultas deste especialista. Tornando o cenário ainda mais complexo, a paciente seguia consultando o GP do interior de modo eventual, repetindo um padrão errante entre diversos profissionais que, conforme o Dr. C., ela tendia a omitir em seus relatos.

Segundo Balint (1988), a Srta. F. já havia mencionado ao Dr. C. que a causa de seus mal-estares poderia ser devido aos “nervos”, de modo que a intensificação das queixas da paciente – coincidente com as férias do Dr. Z – levou o médico de família a encaminhá-la para um psiquiatra. Em sua carta de encaminhamento, o Dr. C. indicou seus limites pessoais e técnicos em oferecer cuidados de saúde mental para esta paciente, sugerindo algum tipo de psicoterapia individual ou em grupo.

⁴⁶ Caso número 12 de “O médico, seu paciente e a doença”, considerado como “difícil” pelo autor e retomado diversas vezes ao longo do livro (BALINT, 1988).

Ao discutir sua conduta clínica no grupo coordenado por Balint, o Dr. C. se percebeu reproduzindo a lógica de encaminhamentos e fragmentação do cuidado, decidindo então tentar formar uma “frente ampla” que incluísse o Dr. Z e, possivelmente, o novo psiquiatra. Conforme relato apresentado por Balint, o Dr. C. contatou o especialista (Dr. Z.), que se mostrou cortês, mas pouco disponível para um trabalho conjunto ou para uma nova compreensão do caso da Srta. F.

Na consulta seguinte com o Dr. C., a paciente elogiou o seu especialista, ressaltando o “quão amável” o Dr. Z havia sido em seu último exame. Deste modo, segundo Balint (1988), a Srta. F. estaria tentado novamente colocar os médicos uns contra os outros, aspecto então abordado pelo Dr. C. e trabalhado com a paciente. Como efeito desta intervenção, a Srta. F. iniciaria – não sem resistências – um processo psicoterapêutico, embora o interrompa depois de poucas sessões e, ainda, passe a frequentar dois novos médicos. Ao longo do livro, Balint retoma o caso da Srta. F. como exemplo de uma “doença organizada”, enfatizando a relevância de uma intervenção no âmbito da APS que possa ser realizada quando a paciente “tem uma doença”, mas ainda não “é doente”.

A partir dos dados trazidos pelo Dr. C., a conclusão do seminário realizado por Balint com o GPs foi a de que a Srta. F. participava ativamente da constituição do conluio do anonimato. O autor enfatiza que, embora a paciente demonstrasse dependência, suscitasse a ajuda de diversos profissionais e, aparentemente, acatasse as orientações recebidas, ela “manobrava a situação” de modo a impedir que um profissional pudesse assumir a responsabilidade pelo cuidado (BALINT, 1988). Destacamos que a concepção de conluio do anonimato por Balint dá centralidade ao inconsciente do paciente em seu itinerário para se manter doente, assim como enfatiza os efeitos das relações transfero-contratransferenciais na APS.

Considerando o caso da Srta. F. e outras situações discutidas entre os GPs, Balint (1988) sustenta que um conluio do anonimato é uma situação que domina o campo das relações interprofissionais na saúde, defendendo que o médico de família é um profissional chave no manejo do fenômeno, por acompanhar o paciente longitudinalmente e, ainda, pela possibilidade de se relacionar com a pessoa para além de sua queixa ou doença. Para o autor, a viabilidade de tornar o GP uma referência ao paciente em sofrimento mental – considerando a complexidade dessa proposta em termos clínicos e pessoais para o profissional –, implicaria em

modalidades de “cooperação estreita” entre o médico e os profissionais especialistas em saúde mental.

Embora as considerações apresentadas por Balint se refiram a outro contexto histórico e social, entendemos ser ainda pertinente a compreensão psicodinâmica de que o profissional de APS possa se constituir como uma referência integradora para o paciente, como forma de dirimir e manejar o conluio do anonimato. Neste sentido, destacamos ainda a perspectiva de Solano (2020), para quem a consulta conjunta entre o médico de família e o psicólogo da APS poderia favorecer uma intervenção antes da organização da doença, assim como evitar a constituição do conluio do anonimato. Esta perspectiva é sem dúvida relevante para o trabalho no Brasil, mas o contexto multiprofissional da APS do SUS exigirá também uma investigação mais detalhada sobre os efeitos dos pacientes “coprodutores” das situações de conluio do anonimato nos diferentes profissionais das equipes de cuidado, tema que retomaremos na sequência.

Por ora, consideramos fundamental abordar a releitura realizada por Winnicott acerca do fenômeno do “conluio do anonimato”, assim como os efeitos dessa discussão em algumas proposições deste autor sobre a prática clínico-institucional e em equipe.

4.1.2. Winnicott e a “dispersão dos agentes responsáveis”

Ao publicar sua resenha sobre “O médico, seu paciente e a doença” em 1958, Winnicott (1994d) destaca o problema de quando vários profissionais estão envolvidos com um caso e, além de não se comunicarem, não há uma pessoa assumindo a “responsabilidade central”. Além disso, o psicanalista inglês ressalta que este fenômeno não ocorreria apenas entre os médicos, mas seria também uma problemática existente no âmbito da assistência social, de modo que o trabalho de caso (*casework*) realizado entre os trabalhadores sociais e/ou equipes buscaria construir uma “maquinaria” para a reintegração dos casos que tendiam a ser fragmentados entre diferentes profissionais e serviços. Neste contexto de discussão, Winnicott sugere, como alternativa ao termo “conluio do anonimato”, a noção de “dispersão dos agentes responsáveis” (*scatter of responsible agents*), enfatizando que, em certas situações clínicas, a dispersão dos profissionais envolvidos no caso pode estar correlacionada ao transtorno psíquico manifestado pelo paciente (ou por

uma das figuras centrais envolvidas no caso). Em nossa perspectiva, enquanto a noção proposta por Winnicott salienta os efeitos do paciente nos profissionais, o conceito de Balint destaca o vínculo intersubjetivo entre os profissionais⁴⁷.

Cinco anos mais tarde, Winnicott retoma a noção de “dispersão dos agentes responsáveis” no artigo “A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos”, discutindo possíveis correlações entre a organização psicossomática dos pacientes e o arranjo dos profissionais de cuidado (WINNICOTT, 1994h). Neste artigo, o psicanalista inglês tem por base sua concepção teórica de que a integração psique-soma não é um dado garantido ao bebê no processo de amadurecimento emocional, sendo uma conquista possibilitada por meio dos cuidados ambientais. Dentre as funções operadas pelo ambiente ao bebê, Winnicott destaca o *handling* (manejo), forma de nomear os cuidados corporais fornecidos ao bebê que, além de garantir sua sobrevivência somática, permitem a constituição das fronteiras corporais e da “morada” da psique no corpo (PINHEIRO, 2012; VIEIRA; PINHEIRO, 2010).

Considerando assim os possíveis impasses da integração psique-soma, Winnicott (1994h) propõe discutir a tendência – presente tanto nos pacientes como nos profissionais e instituições de saúde – de dividir a saúde física da saúde mental. A partir deste contexto, o autor acrescenta:

Muitos pacientes não dividem o seu cuidado médico em duas partes; a cisão se dá em fragmentos múltiplos, e nós, como médicos, descobrimo-nos agindo no papel de um desses fragmentos. Utilizei (1958) o termo “disseminação dos agentes responsáveis” para descrever esta tendência. Pacientes desse tipo fornecem os exemplos citados em levantamentos de assistência social nos quais descobriu-se que vinte, trinta ou mais agências se achavam envolvidas no alívio da aflição de uma só família. Os pacientes com dissociações múltiplas também exploram as divisões naturais na profissão médica, tais como:

{	{	médica
		cirúrgica
	{	psiquiátrica
		psicanalítica
		psicoterapêutica
		homeopática
		osteopática

cura pela fé
diversos serviços auxiliares. (WINNICOTT, 1994h, p. 83, grifo nosso)

Assim, Winnicott destaca que o funcionamento de um sistema ou rede de profissionais pode ser usado pelos pacientes a fim de se manterem doentes. Discutindo neste artigo situações clínicas como a afecção psicossomática e a

⁴⁷ É importante notar que, embora Winnicott (1994c) não mencione, Balint (1957) também apresenta a ideia de “diluição da responsabilidade” (*dilution of responsibility*) em seu livro.

dissociação da personalidade, o autor indica a importância da integração do cuidado de tais pacientes por um profissional de saúde – no exemplo de Winnicott, o psicanalista. Consideramos esta perspectiva de grande relevância aos pacientes encontrados na APS, visto que muitos pacientes que encontramos em sofrimento possuíam um itinerário de tratamento que congregava diversos profissionais e práticas de cuidado. Diante deste contexto, seria a participação de um psicólogo de orientação psicanalítica em consulta conjunta uma possibilidade para os profissionais da APS contribuírem para a menor dispersão ou fragmentação do caso?

Algumas discussões internacionais sobre a consulta conjunta, relativas a APS e ao contexto hospitalar, lançam mão deste conjunto de ideias como justificativa da relevância desta prática (CHEVNIK, 1991; MAGNANI; TIMPANO, 2012; SOLANO, 2012). Considerando o contexto de trabalho coletivo entorno das consultas conjuntas no SUS, entendemos que as relações intrincadas entre “dissociação no paciente” e “fragmentação entre os cuidadores”, pode ser abordada por duas vertentes. A primeira destas – que será aprofundada por Winnicott – refere-se ao papel das equipes de cuidado em funcionar de tal modo que a participação dos diferentes profissionais não promova a dispersão do cuidado e a desintegração do caso. Contudo, uma segunda vertente, indicaria para o valor clínico de a equipe de cuidado se encontrar como “não integrada”, como parte do processo de ser depositária de aspectos psíquicos menos integrados e arcaicos de alguns pacientes – perspectiva explorada pela clínica psicanalítica de instituições e que será aprofundada na continuidade da tese. Tendo em vista a diversidade de olhares acerca da dispersão e fragmentação entre os profissionais de saúde, voltemo-nos primeiramente aos aportes de Winnicott sobre a integração do cuidado no contexto da equipe.

4.2.A “MAQUINARIA COMPLEXA” DO TRABALHO EM EQUIPE

No ano seguinte à proposição da ideia de “dispersão dos agentes responsáveis”, Winnicott retoma a discussão sobre os impasses do trabalho cooperativo apresentando alguns aportes que são de grande riqueza para o nosso tema em estudo. Em uma palestra realizada em 1959, o psicanalista apresenta os avanços sobre sua concepção de trabalho em equipe na Clínica Infantil (*Child Guidance Clinic*) do Hospital Paddington Green (WINNICOTT, 1995; 2013b). Neste trabalho, o autor diferencia duas de suas atividades na instituição: (1) sua prática como

médico em um ambulatório (*outpatient department*), apelidado pelo próprio autor de seu “*snack-bar* psiquiátrico”; e (2) sua atividade no departamento de psicologia, para o qual ele indicava alguns casos advindos do ambulatório para serem acompanhados por assistentes sociais ou psicólogos. Podemos compreender que vários casos descritos por Winnicott em suas consultas terapêuticas possuem esse arranjo institucional como pano de fundo.

Dentre as atividades do “departamento de psicologia”, Winnicott (2013b) destaca a realização do **casework (atendimento ou trabalho de caso)**, modalidade de acompanhamento de indivíduos e famílias para a “resoluções de problemas” que estavam frequentemente na fronteira entre o psíquico e o social (TIMMS; TIMMS, 1982). A fim de esclarecer o sentido desta atividade de cuidado, Winnicott (2013b) diferencia dois tipos de tratamento: a psicoterapia psicanalítica, que faria uso da transferência por meio da interpretação; e o *casework*, no qual o profissional manteria a transferência não pela interpretação, mas pela “provisão social” (WINNICOTT, 2005f, 2013b).

Em nossa perspectiva, a presença do *casework* na abordagem do autor é relevante ao nosso tema de estudo por duas razões. A primeira consiste na importante influência de sua segunda esposa, a assistente social Clare Britton-Winnicott, autora de referência sobre o *casework* e profissional responsável pela formação de uma geração de profissionais no campo da proteção infanto-juvenil da Inglaterra (BRITTON, 1955; KANTER, 2004a, 2004b). Deste modo, o *casework* no contexto da obra winnicottiana pode ser entendido, a nosso ver, como fruto de um trabalho marcadamente interdisciplinar e conjunto. Além disso, a segunda razão consiste na relevância da discussão do *casework*, provinda do serviço social, para os casos de maior vulnerabilidade socioeconômica na APS brasileira. Deste modo, se os textos de Winnicott acerca da “dispersão dos agentes responsáveis” dão maior ênfase às afecções psicossomáticas, a pauta do *casework* coloca luz sobre a integração do caso em termos de provisão ambiental, dois aspectos bastante presentes no cotidiano da APS, e que perpassam as demandas inerentes ao psicólogo em seu papel de apoio matricial na consulta conjunta.

Retornando ao artigo de Winnicott (2013b), podemos entender que os casos de crianças e adolescentes que contavam com um “ambiente suficientemente bom de suporte” inicialmente não lançavam mão de um acompanhamento interdisciplinar em Paddington Green, embora o horizonte cooperativo das consultas terapêuticas

(abordado no capítulo anterior) implique a possibilidade de outras pessoas significativas para a criança serem incluídas no apoio ambiental do caso. Deste modo, o *casework* na instituição era especialmente destinado aos casos cujo ambiente continha um elemento desintegrador ou, ainda, para as situações clínicas cuja ruptura ambiental já havia sido consumada. Esta concepção de Winnicott pode contribuir para as estratégias de cuidado na APS brasileira, visto que o “suporte ambiental” por parte da família pode se constituir como elemento de referência para a maior ou menor participação das equipes de saúde nos projetos terapêuticos singulares.

Embora o artigo de Winnicott (2013b) sobre o *casework* privilegie a infância e adolescência, entendemos também que esta noção enriquece a discussão sobre pacientes mais vulneráveis psíquica e socialmente, para além de uma faixa etária específica. É interessante notar que, embora Winnicott advogue neste artigo que o adulto geralmente é capaz de “realizar seu próprio *casework*”, o autor indica em outros escritos a existência de casos de sofrimento mental grave ou afecções psicossomáticas nas quais um adulto encontraria dificuldade para gerir sozinho o seu próprio cuidado (p.ex. WINNICOTT, 1994h, 2005d, 2013a).

Outro aspecto do artigo de Winnicott (2013b) que, a nosso ver, aporta ao trabalho em equipe na APS consiste na proposição de que o *casework* é afetado pelo modo de funcionamento e concepção de provisão social que se cristalizou no serviço. Neste sentido, ele destaca a importância da relação entre o funcionamento da equipe e a efetividade do *casework*, o que o autor considera constituir uma “maquinaria complexa” de atuação entre os profissionais. Segundo Winnicott, a mera rotina de trabalho em equipe não poderia ser entendida como equivalente ao *casework*, pois esta noção alude à necessidade de “reintegrar” os diversos aspectos do caso que são fragmentados nos vários profissionais envolvidos no processo de cuidado.

Como estratégia de trabalho, Winnicott (2013b) declara realizar as discussões de caso (*case conferences*), além de um arranjo de trabalho conjunto que, segundo ele, diferenciava o funcionamento da Clínica Infantil de *Paddington Green* de outras instituições similares. Ele afirma:

Em certo número de casos, e de acordo com a disponibilidade do assistente social, tive a satisfação de poder delegar-lhe todo o trabalho, seja temporariamente, seja por um longo período. É como se eu passasse um caso para algum de meus colegas psiquiatras, com a diferença de que permaneço ainda detentor da responsabilidade médica pelo que ocorra, de modo que espero ser informado pelo assistente social do correr dos acontecimentos. (WINNICOTT, 2013b, p. 191).

Desta forma, no contexto de seu trabalho institucional, Winnicott indica que um assistente social acompanhava o caso “em sua integralidade”, enquanto o psicanalista permanecia numa posição de supervisão e apoio. É interessante notar que o autor apresenta uma prática compartilhada, pois não se trata de um encaminhamento, mas de um trabalho em corresponsabilização, possuindo grandes afinidades com as noções de clínica ampliada, profissional de referência e apoio matricial (apresentadas anteriormente). Além disso, no contexto da citação acima, Winnicott (2013b, p. 191) afirma ter se beneficiado do “princípio de que duas cabeças pensam melhor do que uma”, abrindo um campo de tematização fecundo para pensar as intervenções conjuntas em equipe.

No mesmo artigo, Winnicott (2013b) apresenta algumas histórias clínicas de extrema vulnerabilidade, dentre os quais se destaca o caso de Anthony, no qual houve importante ruptura do ambiente facilitador e no qual o paciente foi acompanhado dos oito anos de idade até a vida adulta. De acordo com o autor, embora vários dos profissionais tenham sido substituídos, “o departamento [de Psicologia em Paddington Green] tem continuado, ao longo dos anos, a integrar o ambiente desse menino [Anthony]; nada mais, durante todo o período, teve clara continuidade” (WINNICOTT, 2013b, p. 184). Neste contexto, entendemos que Winnicott estende o paralelo entre o papel de *holding* da mãe e do profissional de cuidado, indicando que a equipe da instituição poderia oferecer um papel integrador importante frente a alguns casos. Além disso, o autor acrescenta que “a estabilidade da clínica [serviço] excede enormemente a de qualquer indivíduo” (WINNICOTT, 2013b, p. 191)

Em nossa perspectiva, a relação que Winnicott (2013b) estabelece entre *casework*, trabalho em equipe e *holding* constitui um campo teórico-clínico de grande valor para as intervenções conjuntas no contexto de equipe. Sobre este tema, consideramos relevante ainda notar que o termo *holding* é “tomado de empréstimo” da obra de Clare Britton (1955) – autora implicada no trabalho multiprofissional de proteção infantil⁴⁸ –, conforme Winnicott (2013b) reconhece ao final de seu artigo.

Em alguns artigos escritos nos últimos anos de sua carreira, Winnicott aprofunda a relação entre *holding* e *casework* nos serviços de saúde, enfatizando que

⁴⁸ Conforme Clare relatou em entrevista, Donald Winnicott tinha resistência a trabalhar em equipe nos primeiros anos de sua atuação médica, de modo que muitas das contribuições do psicanalista inglês sobre a equipe podem ser consideradas como oriundas das intervenções conjuntas com Clare (KANTER, 2004b).

a função de cuidado mais importante dos trabalhadores de saúde seria realizada por meio de sua estabilidade, confiabilidade e, conseqüentemente, de sua potencialidade integradora para os pacientes (WINNICOTT, 1997a, 1999). Neste sentido, permitimo-nos fazer uma breve observação em termos político-sociais, indicando que a estabilidade e a confiabilidade, para além de uma característica pessoal dos profissionais, também demanda uma política de saúde que garanta a continuidade dos profissionais e serviços⁴⁹.

Tendo em vista as considerações sobre a atuação de Winnicott na Clínica Infantil de Padding Green, podemos retomar um aspecto introduzido brevemente no capítulo anterior: em alguns de seus relatos de consultas terapêuticas, os assistentes sociais não estavam somente compondo a equipe de cuidado, mas se faziam presentes no próprio momento da consulta. Deste modo, abordaremos a seguir alguns aspectos dessa questão, de grande relevância para pensar as interfaces entre psicanálise e consulta conjunta.

4.2.1. Sobre a presença de outros profissionais em consultas de Winnicott

Conforme mencionamos anteriormente, identificamos brevíssimas alusões de Winnicott sobre a participação de assistentes sociais e de “visitantes” – além das entrevistas realizadas na Finlândia⁵⁰ – em quatro relatos de consultas terapêuticas: Rosemary, (10 anos), Ada (8 anos), Lily (5 anos) e no “menino dos cordões” (7 anos) (WINNICOTT, 1975b, 1984, 2005b). Além destes casos, também identificamos menção à presença de visitantes em consultas realizadas com a díade mãe-bebê (WINNICOTT, 2000a). Estas referências são curtas e de pouco destaque no texto do autor, o que torna difícil saber qual era o papel destas pessoas em cada um dos casos. É interessante notar também que a presença dos assistentes sociais e dos visitantes nas consultas de Winnicott não é uma dimensão problematizada nas referências

⁴⁹ Neste sentido, observa-se que a cientista social americana Bonnie Honig (2013) tem explorado o valor político do conceito winnicottiano de *holding* ambiental para discutir a importância da estabilidade das “coisas públicas” (incluindo serviços públicos e equipes de saúde) na sustentação pessoal e coletiva da democracia.

⁵⁰ Conforme indicado no capítulo anterior, além da consulta de liro, foram recentemente publicadas anotações das consultas de Matti e Sakari –, que também contaram com a presença da assistente social Asikainen como intérprete (WINNICOTT, 2016b, 2016c).

bibliográficas brasileiras sobre Winnicott consultadas na elaboração da tese (LESCOVAR, 2004; LINS, 2015; SAFRA, 1999; TOSTA, 2017).

A partir da discussão acima sobre a “maquinaria do trabalho em equipe” em Paddington Green, podemos levantar a hipótese de que a participação dos assistentes sociais nas entrevistas acima mencionadas se dava no âmbito da condução conjunta dos casos. Contudo, consideramos que o simples fato de os assistentes sociais citados por Winnicott comporem uma “equipe de referência” dos casos não seria suficiente para compreender a sua presença no *setting* de entrevista clínica. Neste sentido, entendemos que a participação destes profissionais nas consultas se dava também em uma perspectiva formativa, elemento aludido brevemente pelo autor em 1943 em um boletim do Hospital Paddington Green. Neste texto, Winnicott (2016a) indica que a presença de assistentes sociais em suas consultas permitiria a estes profissionais tomarem conhecimento da história clínica do paciente, assim como favoreceria uma discussão mais profunda sobre os casos que eventualmente passassem a acompanhar. Deste modo, verificamos que a prática clínico-institucional de Winnicott pode ser uma referência para problematizarmos a consulta conjunta em seu eixo assistencial, assim como em sua possível dimensão formativa.

Susanna Isaacs-Elmhirst (1996), médica e psicanalista que trabalhou ao lado de Winnicott (tendo posteriormente o substituído) em Paddington Green enfatiza que a presença de visitantes e outros profissionais era tão comum que tal “evento” era denominado “*Monday afternoons at the Green*”. A autora acrescenta que alguns dos presentes eram profissionais de saúde do próprio hospital, assim como trabalhadores de instituições de ensino e assistência social. Além disso, Isaacs-Elmhirst (1996) salienta que, com o passar dos anos, o número de observadores teve de ser restringido, pois pessoas vinham “de todo o mundo” para conhecer as consultas realizadas por Winnicott na instituição.

Em nossa pesquisa, identificamos relatos de jovens analistas em formação, entre as décadas de 30 e 60, sobre suas participações em consultas de Winnicott: Elizabeth Zetzel e Marion Milner na década de 1930; Masud Khan e Joyce McDougall entre as décadas de 1940 e 1950; e Juliet Hopkins nos anos 60 (HOPKINS, 2002; KHAN, 2000; MCDUGALL, 2003; MILNER, 1987; ZETZEL, 1969). É interessante notar que nestes depoimentos, são evidenciados os aprendizados obtidos da participação nas consultas acerca do tato clínico e comunicação com o paciente, elementos úteis para a prática de diversos profissionais do cuidado. Também é digno

de nota que diversos psicanalistas franceses, a exemplo de Anne Clancier, Daniel Widlocher, Maud Mannoni e Serge Lebovici também se fizeram presentes em consultas de Winnicott, incorporando aspectos destas experiências em suas concepções teórico-clínicas (CLANCIER; KALMANOVITCH, 1984; DETHIVILLE, 2013; MANNONI, 1998; WIDLÖCHER, 2011).

Outro exemplo relevante é o relato da educadora e terapeuta Barbara Dockar-Drysdale que, após participar de consultas terapêuticas de Winnicott nos anos 50, manteve rotina periódica de discussões teóricas e de casos com o psicanalista, de modo que seus escritos e cartas revelam uma influência mútua (DOCKAR-DRYSDALE, 1996; REEVES, 2002; WINNICOTT, 1960).

Além dos depoimentos citados acima, destacamos outros dois relatos – especialmente relevantes para o nosso tema em estudo – referentes à participação de dois colegas médicos (e não psicanalistas) em consultas de Winnicott no âmbito hospitalar: John Davis durante os anos 30 e Peter Tizard durante os anos 50 (DAVIS, 1993; ROBINSON, 2019; TIZARD, 1981). Estes dois exemplos possibilitam algumas reflexões interessantes acerca do trabalho institucional em equipe e do intercâmbio interdisciplinar na consulta conjunta.

Segundo Davis (1993), a primeira experiência se deu a partir de um pedido de Winnicott, que solicitou ajuda no diagnóstico de causas somáticas que pudessem elucidar uma enxaqueca persistente em uma adolescente (que também se encontrava em sofrimento mental grave). De acordo com Davis, a participação em outras consultas de Winnicott, assim como outras ações de trabalho cooperativo, teriam possibilitado cinco aprendizados principais: (1) a importância de ouvir ao invés de “interrogar” (*cross-examine*) durante a consulta; (2) a entrevista realizada pelo médico possui um elemento terapêutico em si mesmo; (3) todas as consultas envolvem transferência (positiva ou negativa), o que precisa ser reconhecido, mas não presumido; (4) os pacientes são um todo (*all of a piece*) – um psique-soma; (5) o instrumento mais importante, tanto para diagnóstico como para terapêutica, são os próprios profissionais de saúde.

A partir da presença em consultas de Winnicott e convivência com o psicanalista entre 1949 e 1954, Tizard (1981) também destaca que pôde compreender mais dos aspectos psíquicos subjacentes ao adoecimento da infância, assim como considerar de forma mais atenta o que as crianças e famílias tinham a dizer, incluindo-as como partes ativas de suas entrevistas clínicas. Por outro lado, consideramos que

as trocas entre Tizard e Winnicott também influenciaram o psicanalista inglês no que tange a sua compreensão sobre o parto e o puerpério (WINNICOTT, 2005c).

É interessante notar que os aprendizados relatados por Davis e Tizard em suas atividades conjuntas com Winnicott tem grande convergência com a perspectiva de Enid Balint⁵¹ sobre a interface entre psicanálise e APS: para ela, a principal contribuição da psicanálise para GP seria o de favorecer a escuta e presença sensível do médico, de modo que o paciente possa se comunicar e fazer uso do profissional na relação estabelecida entre ambos (BALINT, 1985, 1986a; ELDER, 1996).

Conforme pudemos abordar até este ponto, tanto a experiência do casal Balint junto aos médicos de famílias, como a prática de Winnicott de consultas em âmbito institucional, oferecem recursos de grande valor para pensarmos alguns aspectos do trabalho interprofissional implicados na consulta conjunta. Contudo, no contexto do apoio matricial no SUS, o psicólogo precisa lidar com fenômenos grupais e coletivos que exigem ainda outros arcabouços teóricos e clínicos de compreensão. Para introduzir esta dimensão bastante abrangente no campo psicanalítico, optamos por partir de algumas contribuições de Tom Main, construídas em interlocução com Winnicott e Michael Balint.

4.3.A CONTRATRANSFERÊNCIA E SEUS IMPACTOS NO FUNCIONAMENTO DA EQUIPE

O médico Tom Main se interessou pela psicanálise a partir de sua participação na inovadora experiência psicanalítica realizada com militares afastados do *front* da segunda guerra no Hospital Northfield, trabalhando junto a Wilfred Bion, John Rickman e outros profissionais que se tornariam precursores na interface entre a psicanálise, os grupos e a prática clínico-institucional (PINEL, 2019; RAYNER, 2020). Foi a partir dessa experiência que Main (1946) propôs a concepção de que o hospital não era apenas o local da prescrição de uma terapia, mas poderia se constituir, em si mesmo, como uma instituição terapêutica, na medida em que as relações interpessoais (incluindo pacientes e profissionais) estivessem no centro das atenções.

⁵¹ Nesse contexto, assinalamos que Enid Balint mencionou em uma entrevista ter sido muito influenciada pela prática clínica Winnicott, enfatizando que trabalhou com ele em casos de crianças, embora não especifique se esteve presente em suas consultas (RUDNYTSKY, 2000).

De acordo com sua filha, a psicanalista Jennifer Johns (1990), logo após a segunda guerra, Main passou a trabalhar como diretor do Hospital Psiquiátrico Cassel. Neste mesmo período, Main também iniciou sua análise didática e primeira supervisão clínica (análise de controle) com Michael Balint, um arranjo de formação psicanalítica “na tradição húngara” e acerca do qual podemos depreender uma atenção importante ao papel da contratransferência. Além disso, ao longo dos anos 50, Main se manteve próximo aos projetos do casal Balint no Instituto Tavistock, tornando-se posteriormente também um influente coordenador de grupos com GPs (KAHR, 2019b; MAIN, 2000; RAYNER, 2020). Conjugando a sua experiência em Northfield e sua aproximação às iniciativas com grupos realizados em Tavistock, Main conduziu a partir de 1946 um projeto inovador de inspiração psicanalítica no Hospital Cassel, fomentando a participação das pessoas internadas nas decisões e rotina institucional, assim como colocando a relação de cada profissional com cada paciente e seus familiares no centro do manejo terapêutico (CHETTIAR, 2012; RAYNER, 2020).

Em 1957, mesmo ano do livro “O médico, seu paciente e a doença”, Tom Main publica “*The Ailment*” [A doença], artigo sobre uma intervenção institucional no Hospital Cassel que teve importante repercussão nos estudos das equipes de saúde em instituições (COOMBE, 2020; RAYNER, 2020). Neste trabalho, Main (1957) afirma que, partindo da queixa de sofrimento psíquico de um conjunto de enfermeiras, foi organizado um grupo com dois encontros semanais para discutir as relações contratransferenciais da equipe de enfermagem⁵² em relação a casos “difíceis” – especificamente aqueles que haviam sido considerados como fracassos pelos profissionais da instituição. A abordagem utilizada tinha inspiração na metodologia proposta pelo casal Balint com os GPs⁵³, mas era voltada, desta vez, para pares que trabalhavam na mesma instituição de saúde. Deste modo, embora a metodologia proposta por Main partisse da relação transfero-contratransferencial entre paciente e enfermeira de referência, o processo do grupo conduziu à investigação dos efeitos destes pacientes nas relações interprofissionais e no funcionamento institucional como um todo.

⁵² Conforme Main (1957), o intuito inicial era o de envolver também os médicos do hospital, mas estes não aderiram à proposta.

⁵³ Em meados dos anos 60, Main (1990) destaca a influência da metodologia do “Grupo Balint” nas reuniões de equipe e formações propostas em Cassel. Além disso, a enfermeira Louise de Lambert e o psiquiatra Malcolm Pines, ambos profissionais que trabalharam em Cassel, também destacam a inspiração balintiana na metodologia de reuniões de equipe da instituição (DE LAMBERT, 2010; PINES; TUBERT-OKLANDER; HERNÁNDEZ-TUBERT, 2010; PINES; WEEGMANN, 2010).

Como resultado dos encontros, Main (1957) afirma que o grupo chegou à conclusão de que as doze pacientes⁵⁴ consideradas como “casos difíceis” possuíam algumas características em comum. A primeira é a de que tinham um longo itinerário de tratamento entre diversas instituições, sendo que os médicos que as encaminhavam salientavam se tratar de “pacientes especiais”. Além disso, as pacientes elegiam uma ou mais “enfermeiras especiais”, com quem nutriam relações de notável afeição e dependência. Contudo, o próprio grupo de trabalho identificou que o vínculo destas “enfermeiras especiais” com as “pacientes especiais” culminava em uma cisão na equipe: (a) as que acreditavam que a paciente precisava de maior atenção e cuidado especial; e (b) aquelas que entendiam que este manejo era inadequado e prejudicial. Na perspectiva de Main, este fenômeno clínico-institucional era um elemento importante na compreensão e manejo dos casos, mas também exigia um trabalho entre os profissionais para possibilitar uma direção de tratamento por parte da equipe.

É interessante notar que a experiência de Main em realizar grupos com médicos de família (para público externo ao hospital), assim como conduzir reuniões de equipes centradas no trabalho da contratransferência frutificou no âmbito do Hospital Cassel algumas estratégias interinstitucionais – ou de trabalho em rede –, nas quais se colocava em trabalho a problemática da colaboração entre os profissionais do hospital e outros trabalhadores do NHS. Uma evidência importante dessa prática consiste na figura de Alexis Brook, psiquiatra que trabalhou em Cassel entre 1956 e 1971, dedicando-se à realização de grupos Balint e propondo estratégias colaborativas entre profissionais de saúde mental e GPs – explicitamente destinadas a reduzir a fragmentação entre os serviços –, que estão nos fundamentos do trabalho de consultas conjuntas propostas pelo PCPCS (BROOK, 1967; CARRINGTON; ROCK; STERN, 2012; ELDER, 2009; JOHNS, 2009).

Ainda sobre o tema do trabalho entre Cassel e os profissionais externos, é digno de nota que Winnicott escreveu uma carta para Main acerca de “*The Ailment*” no início de 1957, relatando ter considerado fascinante seu método de pesquisa e abordagem de trabalho com os profissionais (RODMAN, 2003). Como pano de fundo desta carta, é importante indicar que uma das “pacientes especiais” citadas por Main

⁵⁴ De acordo com Chettiar (2012), mulheres entre 21 e 35 anos constituíam a maior parte da população internada no Hospital Cassel, o que pode ser relacionado com algumas questões de gênero na constituição e compreensão do sofrimento psíquico do período pós-guerra na Inglaterra.

– especificamente a que se suicidou – foi referenciada por Winnicott e manteve com este psicanalista sessões analíticas diárias durante sua internação. Como resposta à carta, Main propôs se encontrar com Winnicott para “discutir os fenômenos entorno do caso”, buscando estender a este último, a nosso ver, o trabalho de elaboração entre os profissionais envolvidos nos casos atendidos na instituição (KAHR, 2011; RODMAN, 2003). Uma resposta enviada por Winnicott (2005e) algumas semanas depois enfatiza a “força dinâmica” desses grupos de pacientes considerados especiais, que poderia exaurir a equipe de cuidadores ou mesmo, em suas palavras, “destruir a psicanálise”.

É interessante notar que a troca de correspondência entre Main e Winnicott se deu poucos meses antes deste último autor redigir a resenha de “O médico, seu paciente e a doença”⁵⁵, na qual propõe a noção da “dispersão dos agentes responsáveis”. Em nossa perspectiva, esse conjunto de elementos da teoria e história da psicanálise – embora localizado em tempo e espaço bastante distintos do SUS – possibilitam notar as relações íntimas e fecundas entre APS, psicanálise e a compreensão dos efeitos contratransferenciais dos pacientes na equipe.

Considerando o cenário histórico do artigo “*The Ailment*”, entendemos que o trabalho de Main se insere em um conjunto mais amplo de reflexões psicanalíticas sobre os efeitos dos pacientes nas equipes de cuidado, problemática emergente em meados do século XX. Em 1954, Stanton e Schwartz, psiquiatras que atuavam no hospital estadunidense Chestnut Lodge publicaram a obra “*The Mental Hospital*” – uma das referências utilizadas por Main em seu trabalho –, na qual investigam os efeitos de cisões e conflitos nas equipes como parte dos processos de acompanhamento de pacientes psicóticos. Ambos os trabalhos também encontram eco nas diversas experiências institucionais e comunitárias de saúde mental que são desenvolvidas por psicanalistas na França entre as décadas de 50 e 60⁵⁶, frutificando nesse país importantes contribuições teórico-clínicas sobre a vida psíquica da equipe nas instituições de cuidado (PINEL, 2019).

⁵⁵ Conforme Rodman (2003), a troca epistolar entre Winnicott e Main acerca de “*The Ailment*” ocorreu entre janeiro e fevereiro de 1957. A redação de “O médico, seu paciente e a doença” por de Winnicott, por sua vez, já estava concluída em junho de 1957, embora somente tenha sido publicada em 1958 (BAR-HAIM, 2019). Rodman (2003) também considera o diálogo com Main sobre a dissociação entre os profissionais cuidadores como relevante para compreender a abordagem posterior de Winnicott sobre a dissociação psicossomática.

⁵⁶ Neste sentido, destaca-se a influência dos trabalhos de Stanton e Schwartz e de Main na obra “*Le psychanalyste sans divan*” (1970), marco fundamental na abordagem francesa do trabalho em equipe nas instituições de saúde mental (PINEL, 2019; RACAMIER *et al.*, 1973).

Em nossa perspectiva, a recepção francesa dos impasses transfero-contratransferenciais nas instituições de saúde mental possibilitou aprofundar as investigações sobre os aspectos terapêuticos destas instituições, mas também contribuir sobre os potenciais patológicos do funcionamento das equipes instituídas. O psicanalista Jean-Pierre Pinel sistematizou nos últimos trinta anos uma compreensão sobre os efeitos contratransferenciais dos pacientes nas equipes que atuam em instituições de cuidado. Segundo este autor, alguns pacientes precisariam da equipe e da instituição para a própria simbolização ou metabolização psíquica, produzindo efeitos no funcionamento institucional que podem ser compreendidos por meio da noção de **homologia funcional**. Para Pinel, na medida em que equipe é afetada pelos pacientes e consegue colocar em trabalho os efeitos da homologia em seus próprios vínculos intersubjetivos, o paciente conseguiria seguir em seu processo de elaboração dos conteúdos psíquicos. Neste sentido, o autor salienta a importância de modalidades de gestão nas instituições de cuidado que não burocratizem as relações entre pacientes e profissionais, permitindo que estes sejam afetados em termos contratransferenciais (LAFRAIA, 2019; PINEL, 2020).

Na perspectiva de Pinel, quando os conteúdos psíquicos depositados na equipe instituída não podem ser contidos e transformados por esta, haveria a tendência de uma **homologia patológica**, na qual o processo de defesa do paciente é reproduzido repetida e especularmente pela equipe cuidadora (LAFRAIA, 2019; PINEL, 2020). Compreendemos que a concepção de Pinel possibilita um olhar sistematizado para os fenômenos apontados por Main, assim como por Balint (conluio do anonimato) e por Winnicott (dispersão dos agentes responsáveis).

As possibilidades de as equipes se constituírem como ambientes de cuidado e/ou como espaços que adoecem – tanto a si como aos pacientes – foi um problema de investigação fundamental para psicanalistas franceses que atuavam com grupos e instituições desde a segunda metade do século XX (KAËS, 2002; PINEL, 2019). Estas questões teórico-clínicas produziram importantes avanços na clínica psicanalítica de grupos e instituições, encontrando elaboração metapsicológica especialmente na obra de René Kaës (LAFRAIA; CASTANHO, 2021; PINEL, 2019). Considerando que estes aportes são de grande relevância para o nosso tema de investigação, seguiremos nosso trabalho explorando as relações entre a consulta conjunta e o trabalho em equipe por meio do pensamento de Kaës.

4.4. O TRABALHO EM EQUIPE E AS ALIANÇAS INCONSCIENTES

As contribuições da abordagem psicanalítica francesa de grupos e instituições são bastante complexas, de modo que apresentaremos aqui alguns aspectos introdutórios importantes ao nosso tema de pesquisa, que serão desdobrados e aprofundados ao longo da segunda parte da tese. Embora este campo seja bastante diverso, abordaremos especialmente o pensamento de Kaës, autor que constrói sua obra no sentido de um “atravessamento de paradigmas” (Figueiredo), embasando-se nos trabalhos de diversos psicanalistas, dentre os quais Freud e Winnicott ocupam importante lugar. Em relação à tradição húngara, consideramos que Kaës apresenta alguns elementos de afinidade com o pensamento de Ferenczi e M. Balint, a exemplo da importância da contratransferência e da abertura interdisciplinar de suas ideias na relação com outros campos de saber. Contudo, a relação de Kaës com a tradição húngara de psicanálise é objeto de uma investigação que extrapolaria o escopo de nosso trabalho.

Além das possíveis interfaces teóricas entre Kaës e autores já abordados em nosso trabalho, destacamos que este psicanalista, assim como Winnicott, Balint e Main, estava envolvido na questão da interação da psicanálise com as práticas realizadas nas instituições de cuidado, advindas de um Estado de bem-estar social no período pós-guerra (CASTANHO, 2021). Neste sentido, baseando-se no trabalho com grupos e instituições realizado a partir da década de 1970, Kaës apresenta alguns conceitos que nos permitem analisar em termos metapsicológicos os espaços psíquicos comuns e partilhados entre dois ou mais sujeitos – contribuição fundamental para pensarmos a dimensão coletiva da consulta conjunta. Para introduzirmos os conceitos de Kaës mais pertinentes ao nosso estudo, partiremos de sua análise do caso Emma, paciente que recebeu um tratamento decidido conjuntamente por Freud e Fliess.

4.4.1. As alianças inconscientes em uma intervenção conjunta: a releitura do caso Emma por Kaës

Um dos principais exemplos apresentados por Kaës (2011) para teorizar as alianças inconscientes entre dois ou mais sujeitos consiste no caso Emma, um episódio nas “origens da psicanálise” e no qual entendemos ter ocorrido uma

intervenção clínica conjunta. De acordo com Vichyn (2005), a jovem Emma Eckstein (28 anos) iniciou em 1892 um tratamento com Freud devido a queixas de dores abdominais e sofrimentos relacionadas à menstruação. Ao longo do período em que atendeu a paciente, Freud manteve como hipótese uma origem psíquica para seus sintomas (relativos à vida sexual da paciente), mas encontrou limites na evolução de seu tratamento.

Naquele momento, Freud tinha como seu principal interlocutor intelectual o médico berlinense Wilhem Fliess, que também se interessava pela etiologia sexual das neuroses, mas sustentava uma teoria segundo a qual a sede de tais sofrimentos se encontraria nas mucosas nasais⁵⁷ (MASSON, 2012; VICHYN, 2005). Considerando que os sintomas de Emma não haviam diminuído – e buscando estreitar o vínculo com o médico berlinense –, Freud propõe realizar conjuntamente a Fliess uma consulta com a paciente no final de 1894. Neste encontro, os profissionais decidem aplicar a modalidade terapêutica mais extrema defendida por Fliess: uma intervenção cirúrgica nas cavidades nasais da paciente (MASSON, 1986, 2012).

A cirurgia, realizada no início de 1895, e seus desdobramentos marcaram as cartas e a relação subsequente mantida entre Freud e Fliess (MASSON, 1986). Sobre este tema, Kaës (2011, p. 210) afirma:

A operação ocorreu, em presença de Freud. Durante a operação, Fliess “esqueceu” algumas dezenas de centímetros de gaze iodoformada nos septos nasais de sua paciente. Quando Freud mais tarde lhe escrever a respeito dos males que sofre Emma na sequência da operação [tendo quase falecido], negará estar lhe fazendo qualquer censura sobre a condução da operação⁵⁸ [...], tanto que, com esse apoio, Fliess recusa-se a reconhecer seu erro cirúrgico.

Assim, Kaës propõe que um erro cometido por Fliess na cirurgia de Emma pôde não ser reconhecido pelos médicos devido à relação mantida por ambos em termos psíquicos. Na perspectiva do psicanalista francês, o não reconhecimento do erro cirúrgico era, ao mesmo tempo, um elemento decorrente e constituinte do vínculo psíquico sustentado entre Freud e Fliess. Esta ideia, de grande valor para pensarmos

⁵⁷ Conforme Masson (2012), editor das cartas entre Freud e Fliess, este último autor publicou em 1894 alguns trabalhos que sustentava “deslocamentos” físicos entre a vagina e a mucosa nasal, sugerindo que os problemas neuróticos relacionados à sexualidade poderiam ser solucionados a partir de intervenções químicas e cirúrgicas nas cavidades nasais. Além disso, tanto Freud como Fliess possuíam eles mesmos queixas de dores no nariz, e suas estratégias de tratamento são discutidas ao longo de suas trocas de cartas (ANZIEU, 1998b; MASSON, 2012).

⁵⁸ De modo semelhante, Max Schur – o primeiro estudioso a se debruçar sobre o episódio de Emma – destaca que a “correspondência [...] revelou as tentativas desesperadas de Freud de negar qualquer reconhecimento do fato de que Fliess teria sido condenado por imperícia médica em qualquer tribunal, em decorrência desse erro quase fatal” (SCHUR, s/d *apud* MASSON, 1986, p. 122).

as possibilidades e limites das consultas conjuntas fundamenta-se na concepção kaësiana de alianças psíquicas.

De acordo com Kaës (2008), o sujeito tem a necessidade do “outro” – e de mais de um outro – para a realização de desejos inconscientes que implicam a alteridade, assim como para encontrar nos outros um “apoio” que permita ao sujeito se proteger e se defender de perigos internos. Deste modo, um fundamento importante para o autor é a concepção contratualista freudiana acerca dos vínculos sociais, nos quais o sujeito “troca uma parte de possível felicidade por uma parte de segurança”. Na perspectiva kaësiana, o vínculo (*lien*) implica na formação de alianças (*alliances*), necessárias à estruturação e manutenção dos laços intersubjetivos, assim como à organização psíquica do sujeito singular (KAËS, 2008, 2011).

Dentre as alianças constituintes dos laços intersubjetivos, Kaës (2008) destaca a importância das **alianças inconscientes**, nas quais os sujeitos não têm consciência do que liga uns aos outros no vínculo. Além disso, as alianças inconscientes também correspondem a processos defensivos conjuntos, que mantêm fora da consciência certos conteúdos psíquicos por meio de diferentes configurações de vínculo. Neste sentido, em sua leitura sobre o caso Emma, Kaës entende que a manutenção do vínculo entre Freud e Fliess demandava que alguns elementos – dentre estes, o erro cirúrgico de Fliess – fossem mantidos fora da consciência para cada um deles.

Na perspectiva de Kaës (2008), as alianças inconscientes são relevantes tanto para compreender a composição dos vínculos intersubjetivos, como para entender a constituição e manutenção da realidade psíquica singular (de cada sujeito). Sobre este tema, ele afirma:

As alianças inconscientes possuem outra dimensão, que concerne a cada sujeito envolvido nelas. Elas requerem deles obrigações e sujeições, assim como distribuem benefícios entre eles e lhes prometem satisfações: os benefícios trazidos pelas alianças devem ser medidos com base nos custos psíquicos que elas exigem de seus sujeitos. Porém, nossa atenção deve se voltar para um ponto ainda mais importante: cada um de nós é sujeito do inconsciente sob os efeitos das alianças inconscientes. Elas fabricam uma parte do inconsciente e da realidade psíquica de cada sujeito. (KAËS, 2011, p. 198).

É importante notar que, para Kaës (2011), as alianças inconscientes são propostas na superposição de diferentes espaços psíquicos. O espaço **intrapsíquico**, reconhece as contribuições da psicanálise em termos de aparelho psíquico singular (e de seus conflitos “internos”), teorização desenvolvida na psicanálise desde a descoberta freudiana. O espaço **interpsíquico**, por sua vez, está relacionado à

constituição de vínculos intersubjetivos. Para Kaës, o intrapsíquico está em constante interação com o intersubjetivo: por um lado, as instâncias psíquicas se organizam a partir das relações com outros sujeitos e com a cultura; por outro, é por meio dos vínculos intersubjetivos e grupais que o sujeito encontraria “apoio” para constituir e manter sua organização intrapsíquica. Além disso, Kaës também apresenta um terceiro espaço – o **transpsíquico** – referente à cultura e os conteúdos transgeracionais de uma família ou comunidade, atravessando igualmente a organização do intrapsíquico e as configurações dos espaços interpsíquicos.

Ao considerar as alianças inconscientes como constitutivas da própria dimensão intrapsíquica, Kaës (2014) entende que estas podem ser divididas em: alianças estruturantes, relativas aos vínculos necessários do sujeito com seus cuidadores, família e comunidade; e as alianças defensivas, concernentes às defesas psíquicas sustentadas em termos intersubjetivos e, para as quais, devido ao escopo de nosso trabalho, daremos maior ênfase.

De acordo com Kaës as alianças inconscientes defensivas se estabelecem por dois (ou mais) sujeitos, de forma a manterem um conteúdo fora da consciência (KAËS, 2008, 2014). Segundo o autor, uma primeira possibilidade são as alianças inconscientes fundadas no recalçamento (*refoulement*) conjunto entre dois sujeitos. Neste caso, tratar-se-ia de um movimento de “empurrar” para o inconsciente os desejos, pensamentos, memórias e imagens inaceitáveis à consciência, de modo que o recalçamento de um sujeito possa servir à manutenção do recalçamento de outro.

Em termos de conteúdos recalçados no episódio de Emma, Kaës afirma que a própria dimensão homossexual da relação entre Freud e Fliess seria um dos elementos possivelmente recalçados nesse vínculo. Além disso, Kaës (2014, p. 198) acrescenta:

A denegação de Freud encontra assim o apoio em Fliess, e essa conjugação coloca Freud na situação de ser avalista dessa vontade de desconhecimento se ele quiser manter sua amizade com Fliess. Mas isso não é suficiente. Para conservar essa relação e preservar-se de qualquer ataque, Freud está vias de sacrificar aquilo que, justamente, ele tinha acabado de conseguir vincular pelo pensamento: a articulação entre o traumatismo e o fantasma que ele acaba, a propósito, de escrever para Fliess. Para desculpar Fliess, Freud chega a evocar de modo ambíguo que “naturalmente ela [Emma] começa a manifestar novas formas de histeria a partir dos eventos desses últimos tempos.

Segundo Kaës, para negar junto a Fliess a verdadeira causa da piora clínica de Emma, Freud teve de “sacrificar”, ainda que temporariamente, algumas conclusões teórico-clínicas que obtivera a partir de escuta de pacientes nesse período. Segundo

o autor, este efeito de “restrição de pensamento” poderia ser verificado nas justificativas feitas por Freud nas cartas a Fliess de que a continuidade dos sangramentos de Emma se daria por razões históricas, concepção que buscava “colocar de lado” os equívocos cometidos na cirurgia (KAËS, 2011).

De forma homóloga ao modelo freudiano de retorno do recalcado, Kaës (2011) afirma que os conteúdos recalcados conjuntamente buscam voltar à consciência, manifestando seus efeitos, por exemplo, nos sonhos e sintomas partilhados, mas também nas diversas configurações da transferência – um elemento de grande relevância para nosso estudo. Neste sentido, o autor afirma que a parte recalcada da aliança defensiva estabelecida entre Freud e Fliess teria retornado no “sonho de injeção de Irma⁵⁹”, ocorrido alguns meses depois da operação, cuja análise será fundamental para Freud na elaboração da obra “A interpretação dos sonhos”. Neste sentido, Kaës (2011, p. 211) declara: “Fundar a psicanálise será [para Freud] retirar-se do pacto denegativo alienante e patogênico concluído com Fliess. [...]. Essa libertação, da qual o sonho será o motor, será necessária para ter acesso à subjetivação criadora de sua história como de sua obra”. Logo, a discussão sobre a cirurgia de Emma aponta para o risco de um **pacto denegativo** em intervenções clínicas conjuntas, assim como indica a necessidade de um trabalho psíquico para superar o “impedimento de pensar”.

Além do recalco conjunto, Kaës (2008) apresenta também outras configurações de alianças inconscientes defensivas, dentre as quais destaca duas: (1) aquelas fundadas na recusa (*déni*), nas quais se rejeitaria a percepção de um fato que se impõe do mundo exterior, o que pode ter se dado na recusa partilhada entre Freud e Fliess em reconhecer o fato do erro cirúrgico de Emma (KAËS, 2014); e (2) aquelas constituídas pela rejeição (*rejet*), nas quais os conteúdos são exportados para um espaço psíquico extratópico⁶⁰. O autor acrescenta que, do ponto de vista das alianças primeiras, a recusa, a rejeição e suas variantes colocam em questão a “dificuldade de pensar” frente a presença do negativo. Além disso, Kaës destaca que, quando se trata de conteúdos não recalcados (recusados ou rejeitados), o retorno se

⁵⁹ Assim como Kaës, diversos pesquisadores sustentam que um dos “restos diurnos” fundamentais para o sonho de Injeção de Irma consiste na relação Freud-Fliess à época da cirurgia de Emma (ANZIEU, 1998b; MASSON, 2012; ROUDINESCO; PLON, 1998).

⁶⁰ Kaës (2008) fundamenta também essas duas formas de defesa no pensamento de Freud, indicando que a recusa (*déni*) corresponderia a “*die Verleugnung*” e a rejeição (*rejet*) a “*die Verwerfung*”. O autor também indica que estas formas de defesa estariam presentes em outras matrizes de pensamento da psicanálise (KAËS, 2008, 2014).

efetuaria no vínculo, por exemplo, através das atuações (*actings*) e das clivagens, o que poderia ganhar expressão intersubjetiva no contexto das práticas clínico-institucionais e no funcionamento das equipes (KAËS, 2002, 2011). Neste sentido, Kaës (2014) acrescenta que os elementos não recalcados do pacto entre Freud e Fliess pode estar relacionado à “atuação” sobre o corpo de Emma, que seguiu sendo objeto por parte dos dois médicos de outras intervenções nos meses que seguiram à cirurgia.

Embora Kaës realize uma apresentação didática dos tipos de alianças inconscientes, é importante destacar que, em sua perspectiva, elas sempre contemplam uma complexidade de configurações. Ele afirma:

Todas as alianças inconscientes são uma combinação desses diversos componentes. Alguns entre eles são simétricos e homogêneos, outros são assimétricos e heterogêneos, por exemplo, quando a negação de um implica o recalque do outro, essas duas operações são necessárias para a manutenção de sua relação. Todas são efetuadas conjuntamente por uns e por outros, ou somente por uns, mas com o acordo dos outros, num mesmo sentido e para o benefício de cada um (todos): isso é assim para os sujeitos de uma dupla, família, grupo ou instituição (KAËS, 2014, p. 46–47, grifo nosso).

Logo, para o autor, em uma aliança inconsciente mantida entre dois ou mais sujeitos, a participação na aliança pode ser inconsciente para uns (por recalque e/ou recusa e/ou rejeição) e pré-consciente-consciente em outros. Sejam fundadas no recalque, na recusa ou na rejeição, os efeitos e o desfecho de cada aliança é singular e diferente. De todo modo, quando dois (ou mais sujeitos) estabelecem uma aliança que afasta algo da consciência – interditando conjuntamente algo do pensamento – isso pode ser considerado, em termos kaësianos, como um pacto denegativo, elemento fundamental para analisarmos as possibilidades e limites da consulta conjunta na sequência de nosso trabalho.

Além da análise da intervenção clínica conjunta de Emma, é possível reconsiderar algumas noções apresentadas ao longo de nosso trabalho à luz das alianças inconscientes. Em termos kaësianos, a “companhia de investimento mútuo” (Balint) entre profissional e paciente pode ser entendida, por definição, como um vínculo no qual há ganhos psíquicos para profissional e paciente, assim como uma aliança na qual, em certa medida, algo ficará de fora, como “não pensado”. Do mesmo modo, os vínculos entre profissionais de saúde – ainda que perpassados por questões organizacionais, sociais e políticas – seriam “amarrados” tanto pelos ganhos psíquicos de cada profissional, como por aquilo que se mantém fora da consciência de cada sujeito. Neste sentido, tanto a “dispersão dos agentes responsáveis” (Winnicott) como

os conflitos suscitados na equipe de cuidado pelos pacientes difíceis (Main, Pinel) podem ser entendidos como fenômenos nos quais “o que ficou fora da consciência” dos profissionais se faz presente no funcionamento da equipe.

A fim de aprofundarmos as relações entre as alianças inconscientes e as consultas conjuntas realizadas no âmbito da APS, consideramos fundamental examinar alguns aspectos sobre a realidade psíquica dos grupos e instituições.

4.4.2. Os espaços psíquicos comuns e partilhados nas instituições

Na perspectiva kaësiana, tanto os grupos como as instituições são constituídos por espaços psíquicos comuns e partilhados. Para o autor, o **comum** se refere à substância psíquica que une os sujeitos, denotando a perda de certos limites individuais, assim como a dimensão de ilusão (“como um”) no vínculo intersubjetivo. (KAËS, 2011, 2012). Esta perspectiva sobre a ilusão é debitária do trabalho de Kaës junto a Didier Anzieu (1998a), que explorou a necessária constituição – e superação – da “ilusão grupal” nos *settings* plurissubjetivos. O espaço psíquico **partilhado**, por sua vez, corresponderia para Kaës (2011, p. 55, grifo nosso) à “parte que toma cada sujeito ao lugar próprio ou complementar que ele ocupa em uma fantasia, uma aliança, um contrato, um sistema defensivo comum aos sujeitos de um vínculo”. Logo, embora uma fantasia possa ser comum a todos os membros de um grupo – organizando as suas relações –, cada sujeito é mobilizado e assume uma posição singular em relação à mesma.

Além dos dois aspectos acima citados, Kaës (2011) apresenta as dimensões do “singular” e do “diferente” nos vínculos intersubjetivos entre vários sujeitos. Segundo ele, o **singular** se refere ao “espaço psíquico individuado”, ou seja, o que singulariza o desejo inconsciente do sujeito que, em certo limite, nunca poderá ser comum e partilhado. O **diferente**, por sua vez, consiste para o autor em um elemento implícito do que é “partilhado”, visto ser pela presença da diferença que nem tudo no grupo é da ordem do comum. No entanto, o diferente também desvela uma alteridade radical, levando em consideração “a distância no vínculo entre os sujeitos a ponto de que sua diferença revela o que não pode ser comum nem partilhado entre eles” (KAËS, 2011, p. 55).

Tendo em vista que as conceituações acima apresentadas partem especialmente da experiência clínica do psicanalista com grupos, é importante

considerar algumas semelhanças e distinções entre instituição e grupo. Ao discutir a relação entre as alianças inconscientes nestes diferentes contextos, Kaës (2014) afirma: por um lado, a instituição é um grupo, no sentido que leva a cabo os “efeitos instituintes” das alianças inconscientes; por outro lado, a instituição não é um grupo, por ter suas especificidades, por exemplo, em termos de funções, tarefas e objetivos. Além disso, para o autor, enquanto o trabalho clínico com grupos demanda que o psicanalista atente para as alianças inconscientes constituintes do grupo que forma, nas instituições o psicanalista se volta também para as alianças já constituídas na realidade institucional.

Kaës (1991) salienta também a importância de diferenciar as “instituições” (no plural) e a instituição – tudo aquilo que se opõe ao que é estabelecido pela natureza. Segundo o autor, “a instituição é o conjunto das formas e estruturas sociais instituídas pela lei e pelo costume: a instituição regula nossas relações, preexiste e se impõe a nós” (KAËS, 1991, p. 25). Desta forma, podemos considerar que a instituição se faz presente no transpsíquico (cultural), nos vínculos intersubjetivos e, conseqüentemente, tem parte na constituição e manutenção de nossa vida intrapsíquica, relacionando-se às alianças estruturantes aludidas acima.

Kaës (2005) também sublinha ser difícil estabelecer uma abordagem metodológica da realidade psíquica das instituições, pois estas são perpassadas por distintos níveis da realidade e são organizadas por diferentes lógicas, como a social, a econômica, a jurídica e a política. Deste modo, ao discutirmos aspectos da realidade psíquica subjacentes às consultas conjuntas no âmbito da APS brasileira, consideramos haver outras lógicas interferentes, a exemplo da política de saúde e do contexto socioeconômico.

Com base nos elementos apresentados acima, entendemos que as instituições, na perspectiva kaësiana, ocupam funções múltiplas para os sujeitos singulares e, considerando a dimensão psíquica, configuram-se tanto como espaços de satisfação, como cenários que sustentam mecanismos defensivos conjuntos (metadefensivos) (KAËS, 1991, 2014). Neste aspecto, o pensamento kaësiano se aproxima da concepção de “sociabilidade sincrética” introduzida pelo psicanalista argentino José Bleger (1985), no qual o sujeito “é grupo e instituição”, visto emergir de um estado psicologicamente indiferenciado de seu grupo de origem e, ao longo da vida, depositar os conteúdos psíquicos mais psicóticos (ou arcaicos) nos enquadres institucionais. Neste sentido, Kaës destaca que as instituições de saúde – enquanto depositárias do

arcaico – não assumem necessária e automaticamente um caráter terapêutico aos seus pacientes, assim como podem representar importantes fontes de sofrimento aos trabalhadores (KAËS, 2002, 2005).

Dos vários elementos propostos por Kaës (2002) para abarcar a complexidade institucional, destacamos ainda as noções de **homogêneo** e **heterogêneo**. Segundo o autor, a constituição dos espaços comuns nas instituições, compostas por sujeitos e lógicas que são singulares e diferentes, tendem a reduzir o heterogêneo em favor do homogêneo. Desta forma, a “ilusão de coincidência”, que opera função de liga entre os sujeitos da instituição, também conduz ao surgimento das alianças e pactos inconscientes. Assim, para o autor, “a capacidade das instituições em tolerar o funcionamento de níveis relativamente heterogêneos e aceitar as interferências de lógicas diferentes constitui a base da sua função metafórica” (KAËS, 2002, p. 21), ou seja, a base da capacidade de os sujeitos pensarem e criarem conjuntamente nas instituições, elemento crucial para a condução de consultas conjuntas.

Outro aspecto importante do pensamento kaësiano consiste nas especificidades do pacto denegativo nas instituições, sobre o qual o autor afirma:

Nas instituições o pacto [denegativo] se apoia nas lacunas e no irrepresentável da origem [...] em torno das fundações da instituição, sobre as apostas do poder, sobre a morte, a sexualidade, o saber. [...] São as apostas inconscientes destas alianças que retornam sobre o cenário da instituição nos atos dos doentes e dos terapeutas. Por vezes, são os próprios doentes que propõem eles próprios ensaios de figuração [...] (KAËS, 2002, p. 26)

Desta forma, o autor propõe que, no contexto institucional, vários elementos dos pactos denegativos se localizam nos **espaços extratópicos** dos sujeitos, apoiando-se nas “lacunas” e no irrepresentável da instituição e se manifestando, por exemplo, nas atuações (*actings*) de profissionais e pacientes, assim como no funcionamento institucional como um todo. Esta concepção kaësiana ecoa às noções de homologia funcional e/ou patológica (Pinel), salientando que os conteúdos denegados na instituição podem se expressar justamente nas práticas coletivas que congregam profissionais e pacientes.

As contribuições kaësianas sobre o pacto denegativo nas instituições possibilitam ainda compreender alguns aspectos não abordados anteriormente acerca dos casos Emma e Iro.

4.4.2.1. Sobre o “esquecimento” em relação a duas intervenções conjuntas na história da psicanálise

Retornando ao caso de Emma, um dos elementos que tornam esse episódio de especial valor para Kaës relaciona-se à resistência inicial das instituições psicanalíticas em publicar e estudar essa parte da correspondência de Freud. Neste sentido, é interessante notar que as cartas relativas à cirurgia de Emma foram removidas pelos editores da primeira publicação da correspondência Freud-Fliess, o que chama a atenção de alguns pesquisadores devido à “censura” presente na história das instituições psicanalíticas (MASSON, 1986; ROUDINESCO, 2006). Para o escopo de nosso trabalho, destacamos o fato de que, em uma leitura kaësiana, a intervenção conjunta no caso de Emma não foi apenas marcada por um pacto denegativo, mas foi também objeto de esquecimento coletivo, ao longo de certo período, no movimento psicanalítico.

Gostaríamos também de retomar o caso de Iiro, introduzido no capítulo anterior, a fim de pensar sobre o modo como a presença de outros profissionais aparece nos relatos de consultas de Winnicott em contexto institucional. Para tanto, consideramos fundamental sublinhar a afirmação de Winnicott (1984) sobre a assistente social Helka Asikainen ter sido “rapidamente esquecida” pelo psicanalista e por Iiro e sua mãe, assim como destacar o fato de o autor inglês não apresentar maiores considerações sobre o lugar desta profissional na consulta e na condução do caso. Conforme já indicamos, Asikainen conhecia Iiro e sua família e, em nossa perspectiva, ocupa um lugar de “tradução” para além da questão do idioma. Além disso, Winnicott já havia realizado ao menos duas consultas com a participação de Asikainen três anos antes, o que indica que o próprio psicanalista já possuía, em algum sentido, uma relação prévia com a profissional (WINNICOTT, 2016b, 2016c). Como entender que Winnicott, um autor que dissecou os detalhes do *setting* analítico⁶¹, não teorizou a presença de Asikainen e de outros profissionais em suas consultas?

Consideramos que essa problemática pode ser discutida partir na noção de pacto denegativo: uma exigência feita aos/pelos integrantes da Sociedade Britânica de Psicanálise para a manutenção de Winnicott no âmbito da psicanálise. Nossa

⁶¹ Especialmente em seu artigo sobre a regressão do *setting* analítico (WINNICOTT, 2000b).

perspectiva se baseia nos relatos de integrantes desta última instituição⁶² de que Winnicott era insistentemente questionado, ou mesmo desautorizado, devido a sua prática de consultas em instituições e pelo trabalho junto a outros profissionais de saúde, assistência social ou justiça (BRAFMAN, 1997; JAMES, 2015; RAYNER, 2020). Além disso, James (2015) ressalta que as figuras de poder da Sociedade Britânica de Psicanálise eram refratárias às modalidades de consultas em instituição que pudessem representar uma modalidade de terapia breve. Considerando esses elementos, em que sentido o “esquecimento” de outros profissionais nas consultas de Winnicott estaria relacionado às alianças inconscientes presentes na instituição?

De acordo com Kaës, o lugar que cada membro ocupa no pacto denegativo pode variar – por exemplo, ser inconsciente para um e consciente (embora não dito) para outro. Assim, em nossa hipótese de um pacto denegativo em operação entorno do reconhecimento da presença de outras pessoas no *setting* clínico, não podemos precisar se Winnicott “esqueceu” (ou considerou melhor esquecer) a participação de profissionais/visitantes nos relatos de suas consultas terapêuticas. O que nos parece relevante aqui – sem nos afastar do escopo de nosso estudo – consiste na possível presença de um “impensado” na história das instituições psicanalíticas sobre o envolvimento de psicanalistas em intervenções e decisões clínicas compartilhadas, o que faz eco aos riscos do “não pensado” – e do denegado – na própria realização das consultas conjuntas.

Se as alianças inconscientes apontam, por um lado, certos limites e riscos para o pensamento conjunto nas consultas realizadas por dois profissionais, os vínculos intersubjetivos também fundamentam as possibilidades do trabalho em equipe. Neste sentido, abordaremos na sequência a perspectiva de Kaës acerca das possibilidades do prazer de pensar junto.

4.4.3. O prazer de pensar (e cuidar) juntos

Ao explorarmos alguns aspectos do pensamento de Kaës, podemos considerar que o pacto denegativo produz – entre outros efeitos – a interdição ou impedimento de pensar, o que no contexto do trabalho conjunto implica também limites no alcance

⁶² Sobre estes relatos, destaca-se que Martin James (2015) e Eric Rayner (2020) foram pensadores independentes na Sociedade Britânica de Psicanálise que desenvolveram investigações acerca de grupos e instituições.

do cuidar. É interessante, nesse sentido, ressaltar que o termo cuidar tem sua origem no latim *cogitare* (pensar), convergência ainda mais evidente no trabalho em equipe (FIGUEIREDO, 2014; PINHEIRO, 2008). Neste sentido, consideramos fundamental abordar algumas ideias de Kaës acerca das possibilidades de pensamento conjunto, tanto no que tange à constituição subjetiva, como ao trabalho em equipe.

Em “A palavra e o vínculo”, Kaës (1994b) discute a questão do pensamento nos vínculos intersubjetivos. Acerca deste tema, ele afirma: “somente podemos ‘pensar sozinhos’ em uma relação de separação com o conjunto formado por alguns outros, os mesmos que tornaram possível a formação de nossos primeiros pensamentos⁶³” (KAËS, 1994b, p. 322, tradução nossa). Para desenvolver essa ideia, o autor utiliza a noção winnicottiana de “estar só na presença do outro” para destacar a dimensão paradoxal do pensamento: não se pode pensar sozinho e, ao mesmo tempo, somente é possível pensar separadamente dos outros.

Kaës (1994b) apresenta algumas reflexões sobre o pensamento no processo de constituição psíquica para abordar a problemática do pensar nos conjuntos intersubjetivos. Para o autor, a emergência do pensamento no bebê exigiria tanto um domínio (*emprise*) materno suficiente como a presença da falta ou da descontinuidade, o que permitiria a possibilidade de pensar (n)a diferença. Neste contexto, assim como o excesso de domínio materno (sem lugar para a falta/negativo) produziria modalidades de pensamento psicótico, Kaës propõe que a ausência do negativo/diferença nas relações intersubjetivas ensejaria modalidades de **pensamento ideológico** nos grupos.

Conforme o autor, o pensamento ideológico impõe dicotomias de “exclusão/inclusão” ou “fora/dentro”, por não haver espaço para a alteridade. Além disso, segundo Kaës (1994b), o pensamento ideológico se apresenta como aquele no qual “tudo já foi pensado”, sem falhas ou lacunas. Este é um aspecto apontado por Colosio e Fernandes (2014) como fundamental para os profissionais nas instituições públicas de cuidado, visto ser fundamental a sustentação das diferenças (p.ex. teóricas, subjetivas) para que o trabalho seja efetivamente “pensado”.

Na perspectiva de Kaës (1994b), a “falta” é necessária para o pensar criativo. Contudo, em sua perspectiva, para que a falta não resvale na melancolia, seria necessário certo trabalho intersubjetivo, no qual a falta possa se transformar em

⁶³ “on ne peut penser seul que dans un rapport de separation avec l'ensemble que forment certains autres, ceux-là mêmes qui ont rendu possible la formation de nos pensées premières”.

ligação, em prazer e presença de pensamento. Fazendo referência à obra winnicottiana, ele afirma: “O jogo do pensamento com suas próprias representações e com os objetos do pensamento do outro é um verdadeiro acompanhamento do prazer e do trabalho do pensamento [...]”⁶⁴ (KAËS, 1994b, p. 337, tradução nossa). Neste contexto, o autor salienta a importância do jogar/brincar como referência teórico-clínica para compreender as potencialidades intersubjetivas de transformar (n)a falta. Podemos compreender este aspecto do pensamento kaësiano a partir do exemplo do jogo do rabisco de Winnicott: é a partir de uma falta (do negativo que implica em uma potencialidade) que a continuidade do rabisco – e do caso – eram pensados.

Ainda sobre o mesmo tema, Kaës afirma:

O prazer de pensar juntos está ligado à experiência de satisfação que busca o investimento por outro dos mesmos objetos de pensamento, co-investimento que proporciona um “bônus” de prazer pela manutenção conjunta da atividade de pensamento, pela confirmação do prazer dado e recebido no levantamento do recalçamento e na sinergia das potências dos pensadores, encontrando um no outro o que ele não pensou, e o segundo experimentando gratidão nesse dom de pensamento⁶⁵ (KAËS, 1994b, p. 336–337, tradução nossa).

Deste modo, o autor considera que o processo de pensar juntos, apesar do desprazer implicado no levantamento de conteúdos recalçados, oferece como contrapartida o prazer partilhado do pensamento, no qual um sujeito serve de apoio e confirma o prazer do outro. Além disso, o autor acrescenta a possibilidade da sinergia das potências dos pensadores, que permitiria “encontrar” no pensamento conjunto algo que não fora possível pensar sozinho.

Enquanto a concepção de alianças defensivas – e principalmente de pacto denegativo – tematiza alguns impasses nas intervenções em equipe, a noção de “**prazer de pensar junto**” nos parece oferecer subsídios para uma potência no trabalho clínico entre profissionais, quando a falta e a diferença podem instaurar um espaço de jogo e de troca nos espaços psíquicos comuns e partilhados. Ao longo da segunda parte de nosso trabalho, aprofundaremos algumas situações clínico-

⁶⁴ *“Le jeu de la pensée avec ses propres représentations et avec les objets de la pensée de l’autre est un véritable accompagnateur du plaisir et du travail de la pensée”.*

⁶⁵ *“Le plaisir de penser ensemble est lié à l’expérience de satisfaction que procure l’investissement par un autre des mêmes objets de pensées que soi, ce co-investissement apportant une prime de plaisir par l’entretien conjoint de l’activité de pensée, par la confirmation du plaisir donné et reçu dans la levée du refoulement et dans la synergie des puissances des penseurs, l’un trouvant dans l’autre ce qu’il n’a pas pensé, et le second faisant l’expérience de la gratitude dans ce don de pensée”.*

institucionais que discutem as pré-condições e as (im)possibilidades de pensar junto nas consultas conjuntas no âmbito da APS.

Tendo em vista que a problemática da consulta conjunta também implica na discussão sobre as relações de trabalho e possibilidade de trocas entre os profissionais⁶⁶, consideramos fundamental introduzirmos mais uma dimensão acerca do contexto clínico-institucional: as relações de poder e sua importância no Brasil.

4.5. AS RELAÇÕES DE PODER E O “MAL DESNECESSÁRIO” NAS INSTITUIÇÕES NO BRASIL

A fim de introduzir o olhar psicanalítico sobre as relações de poder nas instituições, retomaremos alguns elementos do pensamento de Ferenczi, presentes desde seu período de trabalho como médico de família. Já em seus textos pré-psicanalíticos (entre 1899 e 1908), o autor questiona algumas lógicas de poder presentes na sociedade, a exemplo da estigmatização de pessoas em sofrimento mental e de homossexuais (LORIN, 1993; SABOURIN, 1988). Além disso, em artigo de 1903, o jovem médico Ferenczi, problematiza as relações de poder mantidas pelos médicos mais experientes em relação aos seus colegas mais jovens, o que não apenas produziria sofrimento nos profissionais, mas afetaria o próprio funcionamento – e alcance de cuidado – da instituição de saúde (SABOURIN, 1988).

A discussão sobre autoritarismo e poder perpassa também o conjunto de escritos psicanalíticos de Ferenczi (SABOURIN, 1988). Neste sentido, consideramos haver um elemento comum entre sua primeira e última comunicação realizada à comunidade psicanalítica: em “Psicanálise e pedagogia” ele indica que a desigualdade de poder entre professor e aluno afetaria a capacidade de pensar e aprender; em “Confusão de línguas...” ele destaca que uma desigualdade de poder⁶⁷ acarretaria um funcionamento psíquico caracterizado pela impossibilidade de pensar (e pela repetição do traumático) (FERENCZI, 2011g, 2011f). Deslocando o contexto original de aplicação destas ideias, consideramos que estas concepções ferenczianas possibilitam importantes reflexões sobre os limites do pensamento no âmbito das

⁶⁶ Conforme apresentado no capítulo 2 e ressaltado por Mello Filho e por Chazan (CHAZAN *et al.*, 2019; CHAZAN; FORTES; CAMARGO JUNIOR, 2020; MELLO FILHO, 2007; MELLO FILHO; SILVEIRA; BURD, 2010).

⁶⁷ Embora o texto parta do abuso sexual da criança pelo adulto como exemplo paradigmático, entendemos que Ferenczi (2011f) discute a temática mais ampla das relações de poder.

relações de poder. Em sentido semelhante, duas ideias propostas por pensadores brasileiros nos possibilitam problematizar em termos psicanalíticos alguns impasses específicos acerca do poder nas instituições brasileiras.

A primeira ideia é apresentada pelo psicanalista Hélio Pellegrino, um dos pioneiros em pensar as extensões da psicanálise em grupos e instituições face às peculiaridades socioeconômicas do Brasil⁶⁸. Na crônica “Instituição, linguagem e liberdade”, Pellegrino (1988) afirma que a instituição para a psicanálise representa tanto um limite à “liberdade” (restrições à satisfação pulsional), como a estrutura que permitiria ao sujeito acessar a cultura e, tomando conhecimento da “necessidade”, transformá-la em liberdade⁶⁹. Deste modo, ainda que com outro repertório teórico-conceitual, ele indica afinidade à ideia kaësiana de que a instituição é constitutiva do sujeito, representando tanto exigências de renúncia como possibilidades de ganho narcísico (necessários à subjetivação).

Para Pellegrino (1988), contudo, um problema sociopolítico brasileiro se soma ao psicanalítico em seu entendimento da instituição: esta última com frequência se revela um “**mal desnecessário**”, quando se põe à serviço de privilégios, injustiças e desigualdades. Neste sentido, no conjunto de suas crônicas e artigos, o psicanalista denuncia os efeitos das desigualdades socioeconômicas e da ditadura militar – assim como de sua não elaboração por meio da anistia –, de modo que a sociedade brasileira se caracterizaria pela manutenção de uma “ordem social iníqua”, cujos traços de violência e opressão se reproduziam nos mais diversos contextos socioinstitucionais.

Pellegrino destaca ainda que este “mal desnecessário” não seria meramente algo “diagnosticado” pelo psicanalista, mas um aspecto inerente às nossas próprias práticas, acerca do qual teríamos de refletir e lidar. Ele afirma: “Na minha prática clínica, não estou, portanto, a fazer somente ciência. Também discrimino, também excluo, também construo uma prática social, de acordo com as hierarquias, divisões, exclusões, crueldades e violências da sociedade à qual pertenço” (PELLEGRINO, 2004, p. 168). Macedo (2012) acrescenta que a perspectiva de Pellegrino – tanto no

⁶⁸ Pellegrino esteve entre os idealizadores de grandes grupos abertos para pais (“Encontros Psicodinâmicos”) e nas origens das Clínicas sociais de psicanálise no Brasil (BROIDE, 2019; KATZ, 1977; RODRIGUES, 1991).

⁶⁹ Pellegrino (1988) propõe que o Édipo (modelo fundamental de instituição), assim como o código linguístico – e suas restrições – representariam, paradoxalmente, tanto o limite como as condições da liberdade.

consultório privado como em suas atuações institucionais – buscava problematizar o lugar da psicanálise como reprodutora da opressão. Consideramos ser esta uma reflexão fundamental para pensarmos as complexidades da inserção do psicanalista nas instituições do SUS, atravessadas também pelo “mal desnecessário”.

A segunda ideia que nos parece relevante para pensarmos algumas características institucionais brasileiras consiste na noção de “**poder exacerbado**”, cunhada pelo educador Paulo Freire e retomada por Pablo Castanho no intuito de “fertilizar” a clínica de grupos e instituições na linhagem kaësiana. Na interpretação de Castanho, as relações no Brasil são marcadas, mais do que por uma assimetria, por um excesso de poder, estruturado a partir das origens coloniais de opressão e objetificação das pessoas escravizadas, assim como perpassadas pelas ditaduras e pelas desigualdades sociais e raciais (CASTANHO, 2016, 2018a).

A partir de exemplos e vinhetas clínicas de situações de grupos junto a populações pobres e socialmente marginalizadas, Castanho (2016) indica a importância de se atentar para a possível repetição na transferência das relações oprimido-opressor, na qual o paciente seria colocado (ou se colocaria) em um lugar de objeto. Além disso, Castanho (2017) também indica para uma problemática nas instituições nas quais estas práticas se dão: segundo ele, os sistemas de controle gerenciais, a exemplo do taylorismo, vêm ao encontro da reprodução das estruturas coloniais, o que resultaria, em muitos casos, em relações intersubjetivas marcadas pelo poder exacerbado nas instituições brasileiras. Castanho (2018a) acrescenta ainda que, em alguns casos, a política pública e/ou discurso institucional de horizontalidade e democracia participativa escamoteiam uma adaptação e normalização do poder exacerbado nas relações institucionais.

Embora não haja uma saída simplista para a problemática do “poder exacerbado” nas práticas de grupo e clínico-institucionais no Brasil, o pensamento de Castanho aponta para alguns horizontes que, a nosso ver, podem ser úteis ao trabalho em equipe e às intervenções conjuntas entre profissionais. Um destes aspectos, relaciona-se à potencialidade dos grupos – inclusive daqueles constituídos somente por profissionais – no processo de colocar em palavra e em trabalho a dimensão da opressão, o que poderia ensejar outras modalidades de vínculos intersubjetivos, assim como novos arranjos de alianças inconscientes menos baseados na satisfação das pulsões de domínio (CASTANHO, 2016, 2017; CASTANHO; GAILLARD, 2017). Além disso, consideramos ainda que o “poder exacerbado” poderia receber destino e

transformação quando as práticas clínicas plurissubjetivas são pensadas a partir do modelo do “jogar/brincar” partilhado em Winnicott (CASTANHO; VIEIRA, 2021), tema que aprofundaremos na continuidade.

Tendo em vista a problemática do “mal desnecessário” e do poder exacerbado no contexto social e institucional do Brasil, voltamo-nos na segunda parte de nosso trabalho para a discussão da prática da consulta conjunta no âmbito da APS do SUS.

**PARTE II: PERSPECTIVAS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS SOBRE A
PRÁTICA DA CONSULTA CONJUNTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS**

5. A CONSULTA CONJUNTA E A PLURALIDADE DE TRANSFERÊNCIAS

Conforme abordamos na introdução, a nossa prática de consultas conjuntas com profissionais generalistas das EqSF permeou todo o processo de pesquisa, sendo subjacente ao levantamento teórico e análise dos textos apresentados na primeira parte da tese. Contudo, a fim de aprofundar alguns aspectos específicos da consulta conjunta no âmbito da APS do SUS, seguiremos a discussão sobre os limites e possibilidades desta prática, partindo especialmente da apresentação de vinhetas, construídas como “ficções teórico-clínicas baseadas na prática”⁷⁰. Para tanto, neste e no próximo capítulo, tomaremos a liberdade de alternar entre a terceira pessoa do plural e a primeira pessoa do singular, diferenciando a experiência singular do autor (na prática do apoio matricial) e a dimensão plural do trabalho em equipe e das elaborações posteriormente desenvolvidas no seio do grupo de pesquisa.

Antes de introduzirmos as vinhetas e suas discussões, consideramos fundamental apresentar alguns elementos de nossa perspectiva sobre – e da minha transferência com – o contexto institucional entorno do qual as situações clínicas serão abordadas. Trabalhei em um município no qual os psicólogos possuíam inserções bastante distintas na APS, desde um enfoque de atendimentos bipessoais (semelhantes à prática ambulatorial) até uma abordagem predominantemente comunitária, com grupos de promoção e intervenções coletivas no território. Deste modo, a lógica de trabalho do apoio matricial não era algo “homogêneo” no município, havendo grande diversidade na atuação dos psicólogos e outros profissionais de saúde mental junto às várias UBS.

A região específica em que trabalhei possuía gestores com grande expectativa de que os serviços fossem um “modelo” na implantação das políticas de APS preconizadas pelo SUS, havendo grande ênfase no apoio matricial. Neste contexto, os gestores apostavam especialmente na consulta conjunta como uma estratégia que pudesse aliar o cuidado aos pacientes e a dimensão formativa dos profissionais. Além disso, a consulta conjunta parecia também ser compreendida pelo grupo de gestores como uma forma de contemplar um contingente significativo de casos e encaminhamentos relativos à saúde mental, de modo que o profissional da EqSF

⁷⁰ Conforme abordado na introdução da tese.

presente na consulta conjunta pudesse se tornar referência de acompanhamento de alguns casos.

Embora eu não tenha atuado em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) desde o início de minha inserção no município, tive a oportunidade de sempre manter uma interlocução e trabalho colaborativo com outros profissionais matriciadores (que apoiavam as mesmas EqSF). Deste modo, optamos por não explorar estes diferentes momentos de atuação, buscando resguardar ao máximo o sigilo dos casos que inspiraram as vinhetas clínico-institucionais apresentadas neste trabalho. Além disso, o contexto em que trabalhei contou com a atuação de residentes de diferentes profissões, de modo que eu também acompanhava (como preceptor ou apoio técnico-didático) a participação de residentes de saúde mental em consultas conjuntas com profissionais das EqSF.

Conforme já aludimos na tese, em meu processo de inserção no trabalho de apoio matricial, a consulta conjunta foi vivida como palco de interações – e tensionamentos – entre psicanálise e APS. Por um lado, vivenciamos pessoalmente a relevância dos limites apontados por Freud acerca de “ensinar psicanálise” (ou transmitir algo da experiência analítica) por meio de uma consulta conjunta, assim como dos riscos de promover intervenções “selvagens” a partir da mera incorporação de ideias psicanalíticas por outros profissionais de saúde. Por outro lado, experimentamos com surpresa as potencialidades da consulta conjunta como prática de cuidado especialmente pertinente para alguns pacientes, o que nos parecia estar estreitamente relacionado à participação de mais de um profissional no *setting* clínico.

Embora as dimensões assistencial e formativa da consulta conjunta estejam estreitamente correlacionadas ao trabalho de equipe, este capítulo buscará privilegiar a primeira dimensão, ao passo que o próximo capítulo explorará mais especificamente a problemática da formação profissional. Com base em uma perspectiva psicanalítica, abordaremos no presente capítulo como a pluralidade de transferências implicadas na consulta conjunta impõe questões sobre o alcance desta prática em termos clínicos. Considerando o escopo de nosso estudo, alguns fatores relacionados às dimensões políticas, sociais e de gestão pública não estarão no centro de nossa análise, embora sejam elementos interferentes a todos os fenômenos clínico-institucionais (KAËS, 2005). Deste modo, embora uma investigação clínica em âmbito institucional possua limites – assim como todas as metodologias de pesquisa – buscaremos apresentar nossos achados de modo que possam ser “traduzidos” e

transpostos, na medida do possível, para outros contextos de trabalho e arranjos de atuação na APS.

5.1. UMA NOTA SOBRE O USO DA(S) TRANSFERÊNCIA(S)

Tendo em vista a discussão de autores com diferentes perspectivas psicanalíticas ao longo da primeira parte da tese, é possível que o leitor se pergunte, nesse momento, sobre qual acepção de transferência será tomada como referência para a discussão das vinhetas. Ao conduzirmos o nosso processo de pesquisa no sentido do “atravessamento de paradigmas” proposta por Figueiredo (2012), entendemos ser fecunda a pluralidade de acepções do conceito de transferência implicadas nos pensamentos dos diferentes autores citados, sem desconsiderar as especificidades e distinções existentes entre eles. Além disso, consideramos que um elemento central do conceito freudiano de transferência se faz presente no pensamento destes autores, sendo esta ideia destacada por Laplanche e Pontalis (2001, p. 520, grifo nosso):

[...] quando Freud fala da repetição da transferência das experiências do passado, das atitudes para com os pais, etc., esta repetição não deve ser tomada num sentido realista que limitaria a atualização a relação efetivamente vividas: por um lado, o que essencialmente é transferido é a realidade psíquica, ou seja, mais profundamente, o desejo inconsciente e as fantasias conexas; por outro lado, as manifestações transferenciais não são literalmente repetições, mas equivalente simbólicos do que é transferido.

Deste modo, podemos considerar que a realidade psíquica inconsciente – nas diferentes acepções construídas por Enid e Michael Balint, Winnicott, Main, Kaës, Pinel e outros autores – faz-se presente em distintas configurações transferenciais que serão abordadas na sequência de nosso estudo. Além disso, Laplanche e Pontalis (2001) acrescentam que, em uma perspectiva freudiana, a transferência nem sempre se daria por meio do que é lembrado e/ou relatado, mas também por determinadas atitudes (atuações) no contexto clínico.

Com base na perspectiva apresentada acima, enfatizaremos o espectro transferencial das situações clínico-institucionais discutidas ao longo do capítulo, evitando de modo deliberado definir em termos psicopatológicos ou diagnósticos os casos que inspiraram tais relatos.

5.2. A DIFRAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

Em uma reunião de EqSF, a **ACS Mônica** e a enfermeira **Cíntia** apresentaram um caso no qual, segundo elas, um “vínculo pôde ser iniciado”, mas para o qual ambas sentiam precisar do apoio de um profissional de saúde mental. Elas relataram que, ao realizarem algumas atividades em uma região vulnerável e de difícil acesso do território da UBS, foram abordadas por uma jovem mulher que lhes contou sobre suas preocupações acerca dos “cortes” que a filha Elisa, de 14 anos, realizava em seus próprios braços e pernas. As duas profissionais conseguiram se organizar para uma visita domiciliar naquele mesmo dia e, ao chegarem na casa, conheceram Elisa, seu padrasto e seus três irmãos. De acordo com as profissionais, após conversarem alguns minutos com Elisa e outros familiares na sala, a adolescente quis mostrar o quarto que dividia com os irmãos e, no contexto desta conversa, compartilhou outros elementos de sua intimidade: ela relatou ter se machucado com objetos cortantes, indicando tristeza devido a algumas situações na família e escola. Além de escutar a adolescente, as profissionais mencionaram a existência de um psicólogo na UBS, sugerindo uma conversa com este profissional. Neste contexto, Elisa indicou receio em conversar com o psicólogo, mas sinalizou abertura para encontrar as profissionais outras vezes.

Durante a discussão junto a EqSF, entendemos que, embora a demanda inicial tenha sido apresentada pela mãe, uma abordagem sensível por parte das profissionais⁷¹ permitiu o movimento de aproximação de Elisa. Ao longo da discussão do caso, a ACS demonstrou o desejo de continuar participando do cuidado de Elisa, situação pouco convencional no contexto daquela unidade de saúde. Logo, a equipe propôs uma consulta conjunta entre a ACS e o psicólogo em uma sala da UBS, local em que a adolescente poderia ter mais privacidade que em sua casa (de poucos cômodos). Embora não ficasse claro para nós desde o início qual seria o lugar de Mônica no acompanhamento da adolescente, entendíamos que um laço transferencial importante entre a adolescente e a ACS foi iniciado na visita domiciliar. Além disso, nos parecia importante poder acolher Elisa o mais breve possível, no sentido do que

⁷¹ A ACS Mônica e a enfermeira Cíntia possuíam interesse nos aspectos psicossociais dos casos acompanhados por suas equipes, assim como já haviam participado de outras atividades conjuntas com profissionais de saúde mental.

Balint sinalizou como uma intervenção que reduza as possibilidades de uma “doença organizada”.

A partir do convite feito pela EqSF, Elisa compareceu para uma consulta comigo e com a ACS Mônica, situação em que a adolescente relatou considerar a mãe “muito invasiva”, acrescentando que ela tentava controlar seu contato com o pai biológico. A adolescente referiu ter produzido escoriações em si mesma em um período de muita angústia, mas que, desde então, a sua família teria começado a tratá-la como “louca”. Além disso, Elisa compartilhou o sentimento de não ter “espaço”, relatando dividir o seu quarto com outros irmãos, mas ampliando os sentidos de tal verbalização para a falta que sentia de amizades significativas ou atividades em seu bairro, que efetivamente se encontrava isolado dos espaços públicos de cultura e lazer. Ao longo da consulta, percebemos como a transferência estabelecida com a ACS – bastante jovem e moradora de um bairro não muito distante do de Elisa – parecia permitir à paciente abrir-se para alguém considerada como “próxima”. Por outro lado, a relação com o psicólogo parecia ser de maior “distância”, já sinalizada anteriormente por certo receio de vir à consulta, mas também por parecer confiar que a ACS efetivamente iria lhe compreender.

Ainda na primeira consulta emergiu a queixa da adolescente acerca de “não poder fazer nada”, verbalização que lhe devolvemos na perspectiva de ouvir o que Elisa desejava, ou ainda, sobre as alternativas que ela conseguia vislumbrar frente à situação que lhe causava tanto sofrimento. A partir desta consulta, propusemos escutar conjuntamente a adolescente mais uma vez. Além disso, diante de outras dificuldades familiares, também foram realizadas propostas de aproximação e cuidado da mãe por outros profissionais da EqSF.

Na segunda consulta conjunta, surgiu a demanda, por parte de Elisa, de ajuda para procurar nos bairros próximos à sua casa uma instituição que oferecesse um curso de artes, ocupação desejada pela adolescente. Entendemos neste movimento, para além do interesse na atividade, a proposta de Elisa de ter um momento “privado” com a ACS, fazendo uso do *setting* mais típico desta profissional: as ruas dos bairros no entorno do serviço de saúde. Mônica acolhe a proposta de Elisa, não apenas acompanhando a sua busca e matrícula em um curso de artes, mas dispondo-se também a escutar e “conter” relatos valiosos para a adolescente. Neste processo, a ACS também se posiciona como parte da equipe e do serviço de saúde – e não como uma amiga – esclarecendo que diante de algumas situações teria de conversar com

os outros profissionais de sua equipe, indicando ainda que tais circunstâncias seriam abordadas com a própria adolescente.

Ao longo das semanas, a ACS vai se constituindo como uma figura importante para Elisa, que permite a ela se sentir mais “integrada” – tanto no que se refere a pertencer a um curso e a um novo grupo de colegas, como no que tange ao seu vínculo com Mônica. Neste aspecto, consideramos que o caso de Elisa pode ser lido em diálogo com a proposta de *casework* de Winnicott (2013b), especialmente no que tange à dimensão integradora ofertada pelo profissional de referência. É interessante notar ainda que uma das consultas terapêuticas relatadas por Winnicott (1984) destaca o papel de uma jovem que, embora sem formação profissional em saúde, trabalhou como “cuidadora em saúde mental” (*mental nurse*) de uma paciente adolescente, compondo, nas palavras do psicanalista, um “trabalho em equipe”⁷² com Winnicott e o médico de família local.

Além dos elementos acima, consideramos que o caso de Elisa é caracterizado por diferentes configurações transferenciais em relação aos profissionais envolvidos na consulta conjunta. Paralelamente às intervenções da ACS, com quem Elisa parece estabelecer uma transferência predominantemente positiva, eu também oferto algumas consultas individuais à paciente. Embora eu tenha buscado oferecer um espaço de comunicação – e o menos “interpretativo” ou intrusivo possível – percebi desde o início uma hostilidade importante por parte da adolescente, no sentido de uma transferência negativa.

Na ótica winnicottiana, conforme ressalta Pinheiro (2021), tanto o holding dos cuidadores, como a possibilidade de a criança ser agressiva em relação ao ambiente são fundamentais para o processo de integração. Neste sentido, a minha sobrevivência à hostilidade de Elisa pode ter sido importante para que algo do “eu” da paciente pudesse se diferenciar melhor do “não-eu”, em um processo no qual, a nosso ver, pude ser usado pela paciente em seus movimentos agressivos. Ao longo de algumas semanas, identificamos o importante efeito do vínculo com Mônica, assim como de minha sobrevivência à agressividade da paciente, de modo que Elisa parecia

⁷² Trata-se do relato de Winnicott (1984) sobre o caso de Hesta, com 16 anos na ocasião da primeira consulta com o psicanalista. No artigo “A ampliação do *setting* ante a exclusão: contribuições de Winnicott para o cuidado clínico em equipe” apresentamos uma interface entre o caso Hesta, o caso de Elisa e o trabalho na APS, enfatizando o cuidado em equipe em situações de exclusão e vulnerabilidade socioeconômica (VIEIRA; CASTANHO; CAMPOS, 2020).

encontrar outros modos de expressão, assim como de buscar novos meios de se posicionar ante ao seu cenário familiar.

Durante o período em que trabalhei conjuntamente com a EqSF de referência de Elisa, o principal vínculo da adolescente foi a ACS Mônica, marcado predominantemente pela transferência positiva. Contudo, entendo que minha “sobrevivência” diante da hostilidade também seguiu sendo importante para a paciente, visto que, alguns anos após as primeiras consultas, a adolescente realizou novos episódios de autoagressão e se mostrou interessada em conversar comigo e com Mônica conjuntamente. Neste novo momento do acompanhamento clínico, diante de algumas particularidades da paciente e de seu contexto, entendemos ser importante que Elisa fosse então acompanhada por um serviço especializado de saúde mental, transição que foi em muito facilitada pela mediação de Mônica e, de forma auxiliar, por minha retaguarda no apoio matricial.

O caso de Elisa é certamente perpassado por aspectos contratransferenciais distintos da ACS e da minha parte, o que pode ter favorecido a Elisa fazer um uso diferente da relação com cada profissional. Contudo, é interessante notar que a configuração transferencial do caso ocorre antes mesmo de Elisa efetivamente conhecer os profissionais, visto que ela se mostra desde o início bastante disponível em ser acompanhada por Mônica, mas se revela refratária à ideia de conversar com o psicólogo da UBS.

Em nossa perspectiva, os diferentes lugares que Elisa outorgou ao psicólogo e a Mônica podem ser compreendidos por meio do conceito de “**difração da transferência**”. Esta noção é utilizada por Kaës (2011) ao analisar diferentes objetos presentes no grupo (p.ex. analistas/coordenadores, participantes, o grupo em si mesmo), possibilitando uma pluralidade de arranjos transfero-contratransferenciais. Embora a consulta conjunta constitua um enquadre distinto do grupo, consideramos que a difração da transferência é uma ideia útil para a compreensão das complexidades transferenciais implicadas na consulta conjunta (p.ex. em relação a cada profissional ou, ainda, à dupla/casal de profissionais). Embora no caso de Elisa a difração teria se dado entre uma transferência mais afetuosa e outra mais hostil, outras configurações de difração também são possíveis, a depender de cada caso.

Em nossa perspectiva, uma ideia semelhante à difração da transferência já se fazia presente nas origens da interação entre psicanálise e APS. Em alguns dos casos relatados por Balint (1988), exploram-se os diferentes arranjos transferenciais

estabelecidas pelo paciente com o GP e com outros profissionais. Neste sentido, o autor destaca que um dos pacientes⁷³ estabelecia uma transferência marcadamente negativa com sua médica de família, repetindo um padrão estabelecido com outras mulheres ao longo de sua vida, ao passo que mantinha uma ligação muito mais amistosa com o seu médico psiquiatra. Além disso, Balint destaca que, sem o estabelecimento de uma relação na qual a médica e o especialista tenham podido colocar em trabalho os lugares que ocupavam na transferência do paciente, o caso acabou produzindo um fenômeno de conluio do anonimato, no qual a médica entrou em certa disputa com o psiquiatra, enquanto o especialista não buscou entender as motivações por trás do movimento da profissional. Desta forma, em nossa releitura deste caso de Balint, consideramos que a difração da transferência do paciente em relação à médica de família e o médico psiquiatra foi um elemento importante nos destinos da relação mantida pelos dois profissionais.

De modo semelhante, Kaës (2004) aborda, ante aos efeitos da difração da transferência, a problemática da **intertransferência**, ou seja, de como a contratransferência de cada profissional estabelece um novo campo transfero-contratransferencial no vínculo estabelecido pela dupla de profissionais. Partindo da prática da coordenação conjunta (cocoordenação) de grupos, Kaës enfatiza que a vivência contratransferencial de cada profissional, especialmente naquilo que possui de diferente, auxiliaria a compreender o que se passa no *setting* plurissubjetivo (CASTANHO, 2015; KAËS, 2004, 2011). Consideramos que a intertransferência é um operador teórico igualmente útil no contexto das consultas conjuntas, posicionamento que também se justifica pelo uso do conceito em trabalhos recentes sobre intervenções clínicas em dupla profissional no campo da medicina de família e da terapia de casal⁷⁴.

No entanto, conforme aludido a partir do caso de Balint apresentado acima, as vivências transfero-contratransferenciais entre profissionais da APS podem ser tanto

⁷³ Trata-se da história do Sr. P (caso 24): um caso considerado como “difícil” por Balint (1988), no qual a transferência negativa do paciente por mulheres não teria sido suficientemente considerada por parte da médica de família Dra. H.

⁷⁴ O médico de família Rodolphe Charles e a psicóloga Gaëlle Bonnefoy realizam na França um trabalho no âmbito da clínica geral denominado por eles de “condução dupla” (*double portage*): embora eles não realizem consultas conjuntas, eles acompanham diversos casos como dupla, enfatizando nesse trabalho conjunto a difração da transferência e a necessária análise da intertransferência pelos dois profissionais (BONNEFOY; CHARLES, 2018). Os terapeutas de família Massimiliano Sommantico e Donatella Boscaïno realizam consultas de casal em dupla, considerando que os elementos emergentes na análise da intertransferência como fundamentais para compreender a dimensão inconsciente do funcionamento do casal (SOMMANTICO, 2013; SOMMANTICO; BOSCAÏNO, 2006).

um elemento clínico importante como um aspecto de conflito entre os profissionais. Compreendemos, em uma análise *a posteriori* do caso de Elisa, que os espaços de trocas que manteve com a ACS Mônica na rotina do serviço – a exemplo das reuniões de EqSF e diálogos em outros espaços menos formais – foram elementos importantes para entendermos juntos, em alguma medida, os lugares transferenciais que ocupávamos no caso e desta forma, conseguimos lidar com as dimensões mais afetuosas e hostis da relação com a paciente.

Ao discutir a construção da noção kaësiana de intertransferência, Castanho (2015) apresenta duas ideias que são especialmente relevantes para pensar as intervenções conjuntas no âmbito das instituições públicas de cuidado. A primeira é a de que o campo intertransferencial não abrange somente as transferências cruzadas entre os dois profissionais, mas também as relações contratransferenciais de cada profissional com a equipe e/ou instituição de que faz parte. Outro elemento fundamental é o de que a análise da intertransferência é especialmente importante quando o psicanalista não pode escolher livremente com que profissional trabalhará, realidade recorrente em instituições públicas brasileiras. Tendo em vista a importância da intertransferência nas relações interprofissionais, discutiremos outras configurações transferenciais pertinentes à consulta conjunta.

5.3. A TRANSFERÊNCIA À DUPLA/CASAL DE PROFISSIONAIS

A enfermeira **Ester** me procurou na UBS para falar sobre o caso de **Vilma**, uma mulher de 40 anos, cuja história lhe “parecia confusa”. A partir de uma discussão prévia do caso, convidamos Vilma para uma consulta conjunta, na qual a paciente relatou sobre sua história recente e referiu “ter tido um filho há alguns anos... mas ainda não ter podido buscá-lo no hospital”. Além disso, Vilma relatou fazer “trabalhos espirituais” entrando, na sequência da consulta, em um estado distinto do inicial, no qual modificou a voz, falou palavras que não pudemos entender e iniciou importante agitação psicomotora. Eu e a enfermeira não conseguimos oferecer continência a Vilma, que se debatia muito e, neste dia, outro enfermeiro e um médico da UBS entraram na sala e, na sequência, optaram por realizar uma “contenção química”. Enquanto Vilma encontrava-se na sala de repouso da UBS, conversamos com sua irmã, que relatou que a paciente nunca esteve efetivamente grávida, considerando que Vilma “ficou muito estranha” depois do falecimento de seu pai, ocorrido alguns

anos antes, não conseguindo manter seu emprego e passando grande parte do tempo em casa.

Logo após a consulta de Vilma, ficamos bastante preocupados com seu acompanhamento, de modo que eu não me sentia inicialmente preparado para assumir este caso sem o apoio de uma equipe ou serviço de saúde mental. Apesar de demonstrar certa insegurança quanto ao manejo de uma paciente com tais sintomas, a enfermeira Ester demonstrou interesse em participar do cuidado de Vilma. Conversamos sobre a paciente com outros profissionais da UBS e, apesar de aventarmos a possibilidade de se tratar de um “quadro grave”, entendemos que a EqSF poderia se manter próxima à família, a fim de conhecermos melhor seu caso antes de um encaminhamento para um serviço especializado. Analisando de forma retrospectiva, avaliamos que uma ideia de “diversos fios ligarem” a paciente aos profissionais e ao serviço de APS – bastante semelhante à concepção defendida por Balint (1988) – foi o que sustentou nosso entendimento sobre a possibilidade de assumirmos certos riscos, ao buscarmos cuidar da paciente em seu próprio território.

Deste modo, uma nova consulta conjunta foi proposta a Vilma, ocasião em que a paciente pouco falou, entrando rapidamente em estado semelhante ao do primeiro atendimento. Contudo, neste segundo encontro, eu e Ester conseguimos oferecer juntos maior continência a Vilma, sem auxílio de outros profissionais ou recursos, embora com bastante insegurança e dificuldade. Sentia-me bastante despreparado para ser o “especialista de referência” deste caso no serviço e realizamos uma discussão com um profissional matriciador do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) III⁷⁵, que nos ajudou a pensar juntos o caso, incentivando-nos a seguir inicialmente o acompanhamento da paciente na UBS.

Uma terceira consulta foi agendada com Vilma, que nos verbalizou, em um relato bastante fragmentado, elementos que aludiam a uma vivência de cunho incestuoso em sua infância; na sequência do relato, a paciente iniciou um novo estado de agitação, ante ao qual eu e Ester conseguimos oferecer alguma continência. Avaliamos conjuntamente, a partir do que havíamos colhido do caso, que Vilma havia produzido certo vínculo com a UBS e que – por algumas razões de sua história pessoal e familiar – o encaminhamento ao CAPS não nos parecia uma alternativa naquele momento. Desta forma, decidimos seguir realizando consultas conjuntas,

⁷⁵ CAPS especializado em transtornos mentais de adultos.

arranjo no qual “apostávamos” poder acolher e oferecer algum contorno ao que Vilma trazia àquele *setting* pouco convencional na UBS.

Durante vários meses, conseguimos organizar a agenda da dupla de profissionais para realizarmos juntos consultas periódicas para Vilma (primeiramente quinzenais e depois semanais). Inicialmente, a paciente falava pouco e entrava em estados de agitação que eram manejados – ainda com dificuldades – por mim e por Ester. Entre as consultas conjuntas, a enfermeira indicava grande interesse em discutir o caso e buscar referências teóricas para entender o que escutava da paciente. Neste processo, eu e Ester nos sentíamos mais “afinados”, conversando também sobre outras questões referentes ao trabalho da APS nos corredores da UBS. Avaliamos que estes momentos pós e entre consultas permitiam fundamentar um espaço “comum e partilhado”, que nos possibilitou realizar um trabalho da análise da intertransferência.

Progressivamente, Vilma conseguiu falar de forma mais “livre”, trazendo um discurso que, pouco a pouco, constituiu um complexo sistema de ideias entorno do “filho que ainda não havia chegado em casa”. Na medida em que Vilma fala mais livremente, seu discurso parecia encontrar um destinatário nos profissionais presentes, ao passo que sua agitação motora se reduziu paulatinamente. Um elemento de grande relevância clínica nas consultas com Vilma consiste no fato de que eu e a enfermeira percebíamos-nos, em muitos momentos, “pensando juntos” as mesmas perguntas ou pontuações à paciente. Este elemento, que nos chamou muito a atenção à época dos atendimentos, possui afinidades com a noção de “**casal terapêutico**”: uma ilusão de indiferenciação ou fusão sustentada intersubjetivamente entre os profissionais, que consistiria em uma organização inicial estruturante para o trabalho clínico conjunto (RIAND; LAROCHE-JOUBERT, 2011; SOMMANTICO; BOSCAINO, 2006).

A concepção de “casal terapêutico” conjuga duas contribuições introduzidas pela abordagem psicanalítica francesa de grupo e família ao longo da década de 70: a primeira consiste na terminologia “casal terapêutico” (*couple thérapeutique*) proposta por Decobert e Soulé (1972), para abordar as relações transfero-contratransferenciais entre os pacientes e a dupla de profissionais, assim como para tematizar a presença do objeto “casal” no contexto do *setting*; e a “ilusão dual ou gemelar” proposta por Didier Anzieu, na qual um espaço psíquico comum (“como um”) pode ser constituído por duas pessoas, o que remete à “ilusão grupal” – momento

transicional necessário na constituição dos processos de grupo (ANZIEU, 1998a; SOMMANTICO, 2008). Neste contexto, Riand e Laroche-Joubert (2011), destacam as duas facetas da “ilusão dual ou gemelar”: embora ela seja um elemento importante no trabalho em dupla junto a alguns pacientes e situações clínicas, este fenômeno também abarcaria o risco da permanência da indiferenciação e, deste modo, também estaria relacionado aos limites do “pensar com” (a partir da diferença).

Além da característica específica do casal/dupla terapêutica aludido acima, entendemos que a condução conjunta de consultas permitia lidar com alguns conteúdos psíquicos do caso de Vilma que – embora no papel de “referência” em saúde mental na UBS – eu teria dificuldade em pensar sozinho. Assim, embora tenhamos mais elementos para considerar o valor da consulta conjunta para os próprios profissionais nesse caso, é difícil precisar o quanto a configuração de um casal/dupla foi importante também para a evolução clínica de Vilma. Contudo, é possível destacar que o “casal” era um elemento presente constantemente nos conteúdos trazidos pela paciente em suas verbalizações. Além disso, Riand e Laroche-Joubert (2011) assinalam que na coterapia com grupos de pacientes cujas questões se relacionam a dimensões psicóticas (ou regressivas), as vivências contratransferenciais abrangem vivências de fusão ou indiferenciação, o que nos permite levantar a hipótese de que a consulta conjunta pode ter se configurado com um campo transferencial que favoreceu a simbolização de elementos necessários para Vilma em seu percurso de tratamento.

Em nossa perspectiva, a presença do casal/dupla também foi importante no que tange a uma necessária descontinuidade operada na situação clínica. Neste sentido, identificamos o que Riand e Laroche-Joubert (2011) denominam da passagem do “duplo indiferenciado” para o “duplo diferenciado”, o que se expressou por minhas paulatinas divergências com Ester na compreensão do caso, que também puderam ser abordadas nas trocas mantidas entre nós na rotina do serviço, permitindo certo trabalho de análise da intertransferência entre os profissionais.

Além disso, no caso específico de Vilma, podemos considerar que a diferenciação abriu caminho para uma separação da dupla de profissionais na rotina das consultas. Ester planejou-se afastar da UBS por certo período (devido a alguns projetos pessoais) e a transição do dispositivo de cuidado – no qual somente eu estaria presente nas consultas – foi cuidadosamente previsto. Embora a saída de Ester não tenha sido tematizada como uma “falta” no discurso de Vilma, entendo que

a consulta pôde se abrir para alguns aspectos novos: o silêncio, o desencontro de horários e a ausência da paciente para as sessões (o que não ocorria antes, ao longo das consultas conjuntas). Dentre os elementos da evolução do caso de Vilma, destaco ainda e emergência de um pedido: “quero encontrar um trabalho”, conteúdo que, a nosso ver, tematizava um desejo que emergiu de uma falta, conduzindo a um momento importante em seu progresso clínico.

O acompanhamento de Vilma durou mais de dois anos – em grande parte em consultas conduzidas conjuntamente por mim e Ester. Embora na política de saúde e no discurso institucional a consulta conjunta fosse proposta como algo pontual (com a perspectiva de resolutividade em poucos encontros), a legitimidade da consulta conjunta como “estratégia clínica” na APS nos permitiu “encontrar-criar” um caminho de cuidado para Vilma em seu próprio território, o que em seu caso foi de especial importância.

Enquanto a difração da transferência no caso de Elisa e a transferência à dupla/casal no caso de Vilma indicam principalmente para as possibilidades e potencialidades da consulta conjunta, apresentaremos na sequência do capítulo alguns casos que problematizam limites importantes desta prática em uma perspectiva psicanalítica e clínico-institucional.

5.4.A CONSULTA CONJUNTA E A TRAMA (INTER)TRANSFERENCIAL

Douglas, de 29 anos, teve um acidente de carro e, após a alta hospitalar, foi acompanhado através de visitas domiciliares frequentes por profissionais de sua EqSF de referência. Podemos considerar que esta equipe se envolveu com grande dedicação à melhora do paciente, fazendo-se frequentemente presente em seu domicílio, realizando procedimentos e conversando com o paciente e seus familiares.

Ao final do período de acompanhamento domiciliar, a avó de Douglas, que havia criado o jovem, fez aos ACS uma solicitação de atendimento de psicologia, queixando-se de que ele “era muito irritado”. Ao apresentar o caso em uma reunião de equipe, integrantes da EqSF referem entender que Douglas tinha ressalvas sobre a solicitação da avó, mas avaliam que o atendimento de psicologia “poderia ser bom pra tirar a dúvida”, porque “ele era um paciente difícil” e se tratava de “uma família complicada”. Ao longo da reunião, surgiu a proposta de atender Douglas em uma consulta conjunta e, embora a demanda por parte do paciente me parecesse pouco

clara, concordei com a ideia de acolhê-lo com **o médico de família Vitor**, que pretendia também saber da recuperação física do jovem (que já conseguia se locomover). Após a reunião, a equipe enviou por meio dos ACS um convite escrito para a consulta (denominado naquela UBS de “convocação”), informando que o atendimento seria realizado pelos dois profissionais de saúde.

O médico Vitor possuía grande demanda de atendimentos e prezava, em minha perspectiva, por cumprir os protocolos do serviço, pela agilidade e por não atrasar as consultas. Neste sentido, é relevante sinalizar que eu já havia vivido algumas tensões com Vitor ao problematizar a possibilidade de uma “escuta mais aberta” em seus atendimentos. De alguma forma, entendo ainda que os elementos que eu identificava no “estilo” de Vitor conduzir suas consultas também se estendiam a algumas características de sua EqSF, que valorizava a objetividade e produtividade.

No dia indicado em sua “convocação”, Douglas compareceu ao serviço e entrou sozinho na consulta. Neste dia, eu e o médico Vitor não realizamos uma conversa prévia ao encontro clínico. Embora Douglas tenha se expressado pouco, ele afirmou já no início considerar sua avó “invasiva e superprotetora”, relatando sentir-se “recuperado” do acidente e com interesse em encontrar um trabalho. O médico Vitor seguiu a consulta buscando avaliar diferentes aspectos de âmbito somático e ressaltou querer “ver” como Douglas estava evoluindo em relação aos ferimentos e traumas físicos ocorridos, demonstrando familiaridade com o paciente e suas dificuldades de saúde recentes. A consulta seguiu então na predominância do “olhar médico”, ênfase que tive dificuldade de problematizar naquele dia. Em conversa imediatamente posterior à consulta, Vitor ressaltou ter tido a oportunidade de conhecer bem a família de Douglas, declarando entender que estavam “transformando conflitos familiares em demandas de saúde mental”. Ao final da consulta, o paciente havia partido aparentemente bem e meu sentimento em relação ao médico – e com a equipe – era de “concordância”.

Alguns meses depois, surgiu nova demanda por parte da avó, afirmando que Douglas estava “muito irritado e impulsivo”, questão que é trazida para a equipe por meio de um ACS. Em reunião, emergiu na fala de vários profissionais da equipe a ideia de que “o paciente já tinha sido visto”, “a família era complicada” e de que “há vários casos de saúde mental mais sérios para acolher”, de modo que encontrei dificuldades em problematizar esta concepção estando junto à equipe. Além disso, nos poucos horários para atendimento individual que possuía naquele momento, não

era possível para mim garantir um cuidado para esse caso sem o horizonte de colaboração de outros profissionais.

Na reunião de equipe mencionada acima estava também presente a **residente de saúde mental Clarissa**, que iniciara há algumas semanas seu estágio na UBS. Ao ouvir o que emergia na equipe, Clarissa se dispôs a visitar Douglas e construir a possibilidade de um acolhimento mais privativo. Neste sentido, Clarissa identificou, após escuta cuidadosa do paciente na UBS, uma demanda importante: Douglas abordou longamente sobre como se sentiu em relação ao acidente de carro e, depois de alguns atendimentos, revelou um histórico de abuso de álcool, tematizando ideias constantes de autodestruição (presentes desde muito antes do acidente)⁷⁶. Como consequência da intervenção de Clarissa, uma maior aproximação da EqSF ao caso possibilitou também verificar sofrimentos psíquicos importantes na avó, mas para os quais ela mesma não conseguia solicitar ajuda.

A vinheta de Douglas foi trazida para este trabalho devido a dois motivos. Um destes consiste na reflexão sobre a “função terceira”, neste caso ocupada pela residente de saúde mental, tema que trabalharemos no próximo capítulo. O segundo motivo se refere à importância das complexas relações transferenciais entre profissionais e paciente, assim como das configurações intertransferenciais na equipe.

A partir das discussões apresentadas até este ponto, podemos refletir sobre algumas questões que conduziram para os limites – ou talvez, para um uso equivocado – da consulta conjunta. A primeira questão consiste na falta de uma problematização sobre o pedido da consulta, visto não ter havido um debate claro na equipe sobre quem solicitava a consulta e sobre quem recaía a queixa. Neste sentido, a concepção winnicottiana de identificar “quem era o paciente” em suas consultas institucionais, buscando escutá-lo de forma privilegiada, constitui um balizador ético de relevância para o trabalho junto às famílias (WINNICOTT, 1994f). De modo semelhante, verificamos que Balint (1988) também sinaliza para a tendência de os familiares buscarem os profissionais de APS “por procuração”. Podemos entender estas contribuições de Winnicott e Balint também pelo viés da transferência, ao perguntarmos-nos: quem da família apresenta uma expectativa de “cura” ao profissional/equipe e como isso pode ser manejado no acolhimento à demanda?

⁷⁶ Conteúdos de que tive acesso no papel de preceptor no programa de residência.

Em nossa perspectiva, a dificuldade em refletir sobre “quem era o paciente” nesse caso estava assentada em uma segunda questão clínico-institucional implicada no apoio matricial: a adesão do psicólogo ao funcionamento da EqSF apoiada. Retomando as contribuições acerca da intertransferência introduzidas acima, ressaltamos ser relevante não apenas as configurações transferenciais entre profissionais singulares, mas também a intertransferência de um profissional com o objeto “equipe” (CASTANHO, 2015). Neste sentido, podemos entender que um elemento fundamental do apoio matricial consiste na entrada do profissional na EqSF de modo a sustentar, em sua relação com a equipe, uma “diferença produtiva” (MORETTO, 2019).

Em uma reflexão *a posteriori* do caso, entendemos que Douglas foi recebido na consulta a partir de uma concepção da EqSF sobre o que deveria ser tratado, assim como uma perspectiva cristalizada sobre o funcionamento de sua família, dinâmica ante a qual eu não consegui sustentar uma “diferença produtiva”. Logo, embora Douglas tenha sido formalmente “convocado” para a consulta, o sujeito não foi convocado pelos profissionais a falar (ou a ser escutado). Em relação ao caso de Douglas, sustentamos a hipótese de que não escutar o paciente como sujeito singular estava relacionado às alianças inconscientes estabelecidas em meu vínculo com os profissionais da EqSF. Suponho, neste sentido, que uma busca por “juntar-me à equipe” pode ter estabelecido um excesso de homogeneidade, o que dificultou a manutenção da diferença que possibilita o “pensar com” (Kaës).

Além disso, sinalizo que o movimento de “juntar-me à equipe” também pode ter levado a consulta conjunta a ser cooptada por uma lógica “procedimental”, em que dois profissionais podem se **juntar para escutar menos**. Discutindo a perspectiva kaësiana sobre a intertransferência em contexto de coterapia, Castanho (2015, p. 114) afirma:

No terreno da prática em coterapia, é fácil reconhecer quão tentador pode ser buscar nos colegas a confirmação para o bem fundado das próprias interpretações e da sua própria atuação de modo geral. Seduzidos por este canto, os membros da equipe interpretante podem, com facilidade, aderir, de modo mais ou menos consciente, à imagem idealizada do grupo, da equipe e de suas atuações que ofereça alguma proteção às dores inerentes de nosso ofício.

Consideramos ser possível estender as proposições acima ao contexto das intervenções conjuntas na APS: minha sensação de “estar de acordo” com o médico ao final da consulta pode estar relacionada ao funcionamento das alianças

(conscientes e inconscientes) constitutivas no vínculo de trabalho com a EqSF, nas quais alguns aspectos do caso são deixados de lado e/ou denegados, tendo como ganho partilhado o apaziguamento de nossas próprias angústias como profissionais/equipe. Embora consideremos absurdo, em nossa análise *a posteriori*, que elementos tão fundamentais da escuta do paciente tenham sido relegados, lembramos aqui da gaze esquecida na cirurgia de Emma: embora o erro cirúrgico estivesse evidente, Freud e Fliess se juntaram para, em um primeiro momento, não reconhecerem este fato (KAËS, 2011).

Ao lado de minha relação com a equipe, ressaltamos também a importância da intertransferência com as instituições – no caso, tanto a unidade de saúde, como a política pública. Conforme indicamos no início do capítulo, o contexto em que trabalhava nutria grande expectativa na consulta conjunta, de modo a promovê-la como estratégia privilegiada diante de casos difíceis. Neste sentido, consideramos também haver o risco de o pacto denegativo se expressar em uma adesão à prática da consulta conjunta que não considere seus possíveis limites, assim como as singularidades de cada caso. Em nossa perspectiva, esse elemento é fundamental no apoio matricial devido ao fato de o psicólogo participar – em maior ou menor medida⁷⁷ – da realidade psíquica da instituição, compondo as alianças inconscientes estruturantes e defensivas que constituem os vínculos entre os profissionais.

Consideramos que os três casos apresentados até este ponto apontam para a fundamental importância da intertransferência para a compreensão dos limites e possibilidades da consulta conjunta. Neste sentido, destacamos que nos casos de Elisa e de Vilma os profissionais envolvidos haviam constituído espaços de trocas, nos quais os efeitos contratransferenciais na dupla de profissionais puderam ser, em alguma medida, colocados em análise e usados como fundamento para a condução clínica e para o “pensar junto”. No caso de Douglas, por sua vez, um espaço de diferença produtiva entre psicólogo e EqSF, que pudesse colocar em trabalho o funcionamento da equipe, ainda estava a ser construído. Neste mesmo sentido, seguimos discutindo alguns “destinos” da consulta conjunta a partir de seus efeitos na equipe de saúde.

⁷⁷ A depender do arranjo de trabalho e peculiaridades locais de cada município ou rede de saúde.

5.5. OS PACIENTES “DIFÍCEIS” E SEUS EFEITOS NA EQUIPE

Elena, de 28 anos de idade, “aparecia” de tempos em tempos... seja nos corredores da UBS, seja em tentativas de sua equipe pensar e discutir o seu caso. A jovem possuía um diagnóstico de transtorno mental grave e de HIV, além de fazer abuso frequente de álcool e outras drogas. O principal vínculo de Elena com a UBS consistia no uso de um psicofármaco injetável, o que permitia que o serviço notasse quando a jovem estava “distante demais”, realizando visitas domiciliares ou outras formas de aproximação. Nas discussões de caso sobre Elena, os profissionais enfatizavam que, embora tivessem sido feitas várias articulações de rede (inclusive intersetoriais), a jovem “não conseguia chegar” no CAPS especializado em Álcool e Drogas ou no Serviço especializado para pessoas vivendo com HIV, o que a equipe justificava pela “baixa autonomia” da paciente e devido ao funcionamento de sua família.

Nos contatos que tinha com a equipe da UBS, a família de Elena perguntava com frequência se havia algo que “a Saúde” pudesse fazer para a paciente. Diante dessas questões dirigidas pela família, a equipe demonstrava verdadeiros obstáculos em pensar e as discussões desvelavam, em nossa perspectiva, uma fragmentação nas propostas e uma dificuldade em “juntar” ideias e construir estratégias de cuidado.

Em uma das visitas de Elena e seu pai à UBS, a enfermeira Natália propôs uma consulta conjunta como forma de acolhimento no dia, o que permitiu que escutássemos a paciente, seu pai e pontuássemos algumas estratégias de redução de danos (especialmente em relação ao uso de álcool e drogas). Contudo, embora tenhamos realizado propostas, “orientações” e novos contatos com serviços de saúde e assistência social, não conseguimos efetivamente “conter” – e pensar conjuntamente – os sofrimentos de Elena e de sua família. Além disso, na tentativa de discutir o caso após a consulta, entendo que nossa resposta contratransferencial era de a um sentimento de fracasso (e de encontrarmo-nos em um beco sem saída).

Lúcio, de 40 anos, era conhecido de vários profissionais de saúde do município e já havia tido diversos diagnósticos psiquiátricos, a exemplos de transtornos de humor e de ansiedade. Ao voltar a morar na região de atendimento da UBS, Lúcio se dirigiu ao serviço com diversas queixas de cunho psíquico e emocional (p.ex. insônia, conflito com os pais, dificuldade de retomar uma atividade profissional), mobilizando de forma muito intensa a técnica de enfermagem **Silvana** que realizou

seu acolhimento. Ao tentar debater o caso com alguns profissionais da UBS naquele dia, aqueles que participaram da discussão se dividiram entre: (1º) os que tinham convicção de que Lúcio era um manipulador, fingindo sintomas e/ou sofrimentos e (2º) aqueles que possuíam certeza de que era um caso grave e que exigia cuidados imediatos, devido ao grau de fragilidade do paciente.

Neste contexto, a **residente de saúde mental Débora** propôs realizar uma consulta para o paciente conjuntamente com a técnica de enfermagem Silvana – ambas profissionais “partidárias” do segundo grupo de profissionais. Ao realizar a consulta na última hora de funcionamento da UBS, o atendimento acabou se configurando como um “momento confuso”, no qual o paciente demonstrou não ter obtido um espaço de continência, nem os profissionais sentiram ter podido ofertar um cuidado suficientemente bom a Lucio. De fato, entendemos que a consulta conjunta pode ter contribuído para uma maior desorganização do paciente, visto que ele se dirigiu, não muito tempo depois da consulta, ao serviço de Urgência do município, exigindo outras estratégias por parte da equipe da UBS.

Tanto os casos de Elena como o de Lúcio puderam, no decorrer do tempo, ter uma condução mais próxima por parte de profissionais da UBS de forma conjunta com profissionais de saúde mental. Consideramos que, em ambas as situações, dois elementos comuns estavam presentes: eram pacientes que mobilizavam o serviço como um todo (e não especificamente sua EqSF), envolvendo profissionais da recepção, farmácia e, alguns momentos, o gestor da unidade. Neste contexto, entendemos também que, para ambos os pacientes, a consulta conjunta foi eleita como uma “saída” – quase mágica – que desconsiderou os movimentos que seus casos produziam na realidade psíquica da instituição.

Antes de abordar alguns aspectos singulares de cada um dos casos, entendemos que ambos consistiam em situações “difíceis de serem pensadas”, na mesma medida em que eram casos que precisavam ser contidos pelas equipes, necessitando do espaço do conjunto de profissionais para sua elaboração psíquica (LAFRAIA; CASTANHO, 2021). Neste sentido, entendemos que eram pacientes que, na tradição já aludida a partir dos trabalhos de Main e Pinel, precisavam das equipes em seu processo terapêutico, na mesma medida que mobilizavam contra- e intertransferencialmente os profissionais.

Em relação a Elena, consideramos que a paciente produzia uma forte reação de “impotência” e “dificuldade de pensar” (verdadeira mortificação) em diferentes

profissionais da UBS. Na perspectiva de Gaillard (2015), as instituições de cuidado que acolhem casos graves (p.ex. transtorno mental, adições, deficiência, comportamento infracional) precisariam sustentar espaços para as equipes que possibilitem “dar um lugar para a morte”, na qual as várias figuras do negativo (a falta, a falha, o impossível, o falecimento) possam encontrar espaço de elaboração. Na ausência deste trabalho, de acordo com Gaillard, os profissionais se veriam, por exemplo, na repetição automatizada de suas práticas – fiando-se na ideia de que já sabem o que fazer –, ou na impossibilidade de pensar alternativas.

Lúcio, por sua vez, era um paciente que provocava efeitos contratransferenciais opostos e conflitantes, suscitando movimentos na equipe de profissionais de saúde semelhantes aos descritos por Main (1957). Deste modo, consideramos que este fenômeno pode ser compreendido a partir das contribuições de Pinel (2020) sobre a homologia ou ressonância estabelecida entre o psiquismo do paciente – ou conjunto de pacientes – sofrendo de “patologia dos limites⁷⁸” e o funcionamento psíquico da equipe e/ou instituição que lhe acompanha. Conforme aludimos no capítulo anterior, os conteúdos psíquicos depositados por estes pacientes nos espaços psíquicos disponíveis no âmbito institucional poderiam conduzir a conflitos, cisões e/ou outros movimentos nas equipes constituídas.

Inicialmente no caso de Lucio, os profissionais não conseguiram colocar em trabalho os efeitos contratransferenciais do paciente, participando de um processo, nos termos utilizados por Pinel (2020), de homologia patológica. Neste contexto, a consulta conjunta (com dois profissionais do grupo que se posicionava pela fragilidade do paciente e urgência do caso) emerge como uma forma de “não pensamento”, colocando-se no lugar da análise intertransferencial entre os dois grupos de profissionais. Contudo, a partir das próprias dificuldades encontradas por Débora e Silvana na consulta conjunta, assim como nos desdobramentos do caso, alguns profissionais da UBS conseguiram colocar em trabalho os efeitos de Lúcio na própria equipe do serviço, encontrando meios de acompanhar o paciente.

Deste modo, podemos verificar, a partir das considerações acima, a importância de sustentar espaços institucionais que permitam que os efeitos psíquicos

⁷⁸ Afirmando não se tratar necessariamente de “patologias-limite”, Pinel (2020) afirma que os sujeitos que apresentam “patologias dos limites” indicam uma fragilidade na constituição de seus limites internos, assim como na relação com os limites do outro. Neste sentido, sua relação com as equipes e as instituições também apontaria para certo desafio aos limites apresentados pelo enquadre.

dos pacientes nas equipes possam ser contidos e trabalhados pelos profissionais. Na perspectiva de Main, Gaillard e Pinel, a manutenção desses espaços não consistiria apenas em um recurso para melhora da saúde e qualidade de vida do profissional, mas representaria uma pré-condição para o efetivo tratamento de alguns pacientes.

Avaliando os casos de Elena e Lúcio, entendemos que a questão não consiste em a consulta conjunta ser uma escolha boa ou ruim em si mesma, mas na perspectiva de tal prática somente ter efetividade no seio de um trabalho intersubjetivo por parte dos profissionais envolvidos. Deste modo, sem a elaboração dos impactos do caso na vida psíquica da/na equipe instituída, a consulta conjunta para Elena e Lúcio emergiu como “sintoma” da própria dificuldade de a equipe pensar e cuidar de alguns pacientes.

Por outro lado, retomando novamente o caso de Vilma: é interessante notar que esta paciente também suscitou efeitos em profissionais da equipe que, em parte, enfatizaram o uso farmacológico em seu tratamento e entenderam que ela deveria ser encaminhada para um serviço especializado em saúde mental o quanto antes. Contudo, diferentemente dos casos de Elena e Lúcio, a constituição de espaços para discutir o caso de Vilma – e para perceber que a “desorganização” que a paciente produzia no contexto do serviço dizia respeito a algo de seu caso – levou à escolha da consulta conjunta como uma direção de tratamento efetivamente “pensada” pelos profissionais envolvidos no cuidado da paciente.

5.6. DAS (IM)POSSIBILIDADES DE SE TRANSFERIR A TRANSFERÊNCIA

Conforme já indicamos anteriormente em nosso trabalho, Balint (1988) apresenta a noção de “companhia de investimento mútuo” para abordar a constituição de um vínculo longitudinal que – quando tudo corre bem – se estabelece entre o paciente e o profissional da APS. Neste contexto, o autor assinala que o profissional da APS teria um “capital” investido nele que poderia ser “emprestado” a outros profissionais “especialistas”. Essa ideia é útil para compreender alguns impasses da consulta conjunta no apoio matricial, visto que nossa entrada no cenário do atendimento era evidentemente atravessada pela relação transfero-contratransferencial já existente entre paciente e profissional (e particularmente no caso brasileiro, perpassada também pela relação com a EqSF de referência e com o

funcionamento do serviço como um todo). Se por um lado a transferência é um elemento central para escutarmos um paciente indicado por uma EqSF, por outro lado entendemos ser fundamental discutir também as complexidades transferenciais implicadas no processo de um caso ser “recebido” novamente pela EqSF.

Atuando como psicólogo no apoio matricial, eu conseguia manter – paralelamente às atividades coletivas – alguns horários de atendimentos individuais para pacientes, selecionados nas discussões de casos e projetos terapêuticos construídos juntamente com as equipes. **Andrea**, de 50 anos, dedicava-se em tempo quase integral para acompanhar os compromissos de saúde e educação de Alana, filha de 11 anos, que iniciou tratamentos de saúde mental e reabilitação intelectual desde a primeira infância. Alana já havia recebido diversos diagnósticos pelos profissionais que lhe atenderam, sendo os mais comuns a hipótese de déficit intelectual ou de psicose infantil. A EqSF acompanhava Andrea devido a uma doença crônica, que se agravou, exigindo da paciente restrições alimentares e o uso de vários medicamentos diários. Contudo, embora Andrea se dedicasse muito ao acompanhamento de saúde de sua filha, ela demonstrava grande dificuldade de cuidar de si mesma, assim como parecia não conseguir identificar em familiares ou amigos um possível “ambiente suficientemente bom” de suporte.

Depois de certa insistência dos profissionais de sua equipe, assim como da não adesão a grupos terapêuticos e espaços coletivos de promoção de saúde na UBS, discutimos no contexto da EqSF a proposta de alguns atendimentos individuais a Andrea, para que ela tivesse uma oferta de cuidado diferente das propostas anteriormente. Ainda nas primeiras consultas, ficou evidente a demanda por parte da paciente de um espaço no qual ela pudesse elaborar sua ambivalência em relação à filha, marcada pelo início concomitante da doença crônica de Andrea e da gestação de Alana. Além disso, Andrea passou a verbalizar sobre outras questões conjugais e familiares que lhe traziam muito sofrimento. Embora a gestão municipal sugerisse a realização de intervenções em poucas consultas individuais, sustento o atendimento individual da paciente durante vários meses. Além da nossa percepção de um trabalho importante sendo realizado ao longo dos atendimentos, também recebíamos notícias por parte dos serviços que acompanhavam Alana sobre a melhora na interação mãe-filha.

Depois de mais de um ano de atendimentos, fazia-se necessário que eu pudesse acolher novos pacientes⁷⁹ nos poucos horários individuais que eu contava no serviço. Neste sentido, trouxe aos atendimentos de Andrea a importância de podermos pensar outras modalidades de cuidado para ela. Conversamos ao longo de algumas consultas sobre algumas alternativas que estavam disponíveis no serviço ou na região, mas ela não se mostrou motivada a frequentar grupos ou outros espaços coletivos, assim como possuía limitações para o acesso a outros serviços⁸⁰.

Partindo do princípio de que não há “alta” da APS, busquei viabilizar um outro espaço de escuta para Andrea: conversei com **Lúcia**, nova enfermeira de referência de sua EqSF e profissional bastante disponível e sensível para consultas em saúde mental. Propus a Lucia alguns atendimentos conjuntos, na perspectiva de uma “transição” de referência de cuidado, seguindo umas das possibilidades aventadas pelo “Guia prático de matriciamento em saúde mental” (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Nos três atendimentos de Andrea, realizados conjuntamente com Lúcia, tudo correu em certo nível de adequação ou “normalidade”. Contudo, analisando o caso *a posteriori*, entendemos que Andrea pode ter se “adaptado” ao que foi proposto a ela, mas que o processo de elaboração de suas próprias questões pode, efetivamente, ter se reduzido muito. Fato é que a paciente passou a faltar às consultas com Lúcia e, nos momentos em que conversei com a paciente – na recepção ou espaços mais informais da UBS –, ela deu indicações que sentia falta do momento oferecido pelos atendimentos de psicologia.

Embora a consulta conjunta possa ser utilizada, segundo os documentos de orientação do SUS, em diferentes momentos do acompanhamento dos casos, identifiquei certos efeitos no uso deste dispositivo na transição de referência de pacientes que eu acompanhei por um tempo relativamente “mais longo”, a exemplo do caso citado acima. Ao refletirmos retrospectivamente sobre Andrea (e outros casos semelhantes), consideramos que talvez a consulta conjunta tenha sido proposta para a passagem de algo que dificilmente se transmite: a própria transferência.

⁷⁹ Pacientes que se apresentavam em uma situação, em nossa avaliação na época, de maior urgência.

⁸⁰ Andrea possuía importante dificuldade socioeconômica e de acesso territorial a outros serviços (p.ex. clínicas-escola). Além disso, em termos de serviços públicos disponíveis, o município não contava com um serviço que pudesse acolher Andrea para atendimentos individuais (devido aos critérios específicos de acolhimento em cada unidade de saúde).

Em nossa perspectiva, o trabalho na APS e na saúde coletiva abrange dimensões relacionadas ao que Freud (1996e) considerou como tarefas “impossíveis”: curar, educar e governar. Nesse sentido, temos a hipótese de que a interrupção dos atendimentos individuais de Andrea – quer tivéssemos decidido ou não pelo uso de uma consulta conjunta entre profissionais na UBS – poderia ter sido mais bem manejada se acompanhada de espaços nos quais a **dimensão do “impossível” do trabalho da APS** pudesse ter sido elaborada. Conforme Onocko-Campos (2014a) indica, o próprio conjunto de profissionais de saúde mental do SUS também possuem, como grupo historicamente constituído, seus próprios pactos denegativos. Consideramos assim aqui que lidar com os limites de um trabalho que se propõe “integral” (ou todo) seja mais uma dimensão de lidar com a “morte” (e o negativo) nas instituições. Neste sentido, talvez, o uso da consulta conjunta no caso de Andrea pudesse constituir-se como um dispositivo que contemple – mas não busque tamponar – as faltas e impossibilidades.

Por meio das diferentes vinhetas apresentadas acima, buscamos analisar as possibilidades e limites da consulta conjunta, entendendo esta prática para além de um instrumento ou estratégia de acolhimento no fluxo do apoio matricial, mas efetivamente como um arranjo de *setting* clínico-institucional no qual diferentes configurações da transferência se fazem presentes. Ao utilizarmos as noções de intertransferência e homologia funcional ao longo do capítulo, introduzimos a investigação de alguns aspectos do trabalho em equipe que, ao lado da problemática da formação na consulta conjunta, serão objeto de análise mais aprofundada no próximo capítulo.

6. A CONSULTA CONJUNTA E OS PROBLEMAS DA COOPERAÇÃO E DA FORMAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS

Conforme abordamos ao longo de nosso trabalho, a consulta conjunta coloca em cena (e no *setting* clínico) aspectos importantes das relações entre o psicólogo e outros profissionais das equipes da APS. A fim de continuarmos nossas reflexões e problematizarmos no presente capítulo a dimensão formativa preconizada para a consulta conjunta, consideramos fundamental aprofundarmos a investigação sobre as pré-condições do pensar e cuidar juntos no trabalho em equipe. Para tanto, apresentaremos inicialmente vinhetas que tematizam os possíveis “jogos” intersubjetivos que se constituem entorno da prática da consulta conjunta, tanto no sentido das interações mais competitivas como das mais cooperativas. Na sequência, abordaremos algumas situações clínico-institucionais que suscitam paradoxos em relação à participação de dois profissionais na consulta, assim como acerca da capacidade de “um profissional estar só” com o paciente. Além disso, discutiremos sobre as possibilidades de a consulta conjunta sustentar um lugar “terceiro” (ou de diferença) para o psicólogo em relação às EqSF, assim como de se constituir como um dispositivo de formação. Por fim, analisaremos a prática da consulta conjunta no contexto institucional brasileiro, a partir das noções de diferença, assimetria e desigualdade.

6.1. UM ESPAÇO DE JOGO

Conforme introduzimos na primeira parte da tese, as pré-condições do “prazer de pensar junto” são teorizadas por Kaës (1994b) em diálogo com a concepção winnicottiana do jogar/brincar. É importante notar que, neste campo de discussão, Winnicott (1975a) diferencia dois termos distintos na língua inglesa: “*game*”, relacionado ao jogo restrito pelas regras e, assim, pela possibilidade de haver vencedores e perdedores; e “*play*”, relacionado ao brincar criativo, não restrito por regras ou competição. Tendo em vista estas diferentes acepções do jogar/brincar, discutiremos duas vinhetas que remetem a diferentes dimensões do jogo e suas interfaces com as “regras” vigentes na instituição

6.1.1. O cabo de guerra

O **médico Diego** me encontrou nos corredores da UBS, solicitando que eu “desse uma olhadinha” em uma criança que ele estava atendendo naquele momento, segundo ele, “um caso muito grave”. Embora um pouco incomodado pela forma como aquela consulta iria se iniciar, entrei no consultório e deparei-me com Jonas, de oito anos, acompanhado de sua mãe Suelen, que me parecia apresentar um semblante de insatisfação.

Suelen havia buscado a UBS no início daquele mês queixando-se do “mal comportamento” de Jonas e, a partir de dados colhidos em consulta de enfermagem, a equipe realizou uma breve visita domiciliar à família. A partir desta intervenção, toda a equipe discutiu em reunião comigo alguns elementos identificados: a mãe parecia “estar pior que Jonas” e o pai parecia ser “duro” no trato com a criança. Além disso, a criança relatava certa resistência às tarefas da escola, embora demonstrasse interesse por atividades de desenhar e colorir, assim como conseguia ler algumas histórias em quadrinhos de sua preferência.

Na reunião em que o caso foi discutido, construímos em equipe um projeto terapêutico: o enfermeiro comprometeu-se a realizar uma consulta mais longa com Suelen, tentando entender melhor a queixa trazida por ela; além disso, os ACS iriam solicitar uma conversa com os professores de Jonas, buscando ter mais informações sobre a queixa da escola. Como horizonte para a equipe, havia a possibilidade de Suelen e/ou Jonas terem o perfil para algum dos grupos terapêuticos oferecidos na UBS, mas discutiu-se a importância de a equipe conhecer melhor sobre as singularidades daquele caso antes de qualquer decisão clínica. Como eu já estava há aproximadamente um ano realizando um trabalho conjunto com essa EqSF, coloquei-me à disposição para apoiar e/ou discutir o caso com os interessados quando quisessem, mas incentivei que os integrantes da equipe tentassem conduzir de modo mais autônomo as ações construídas na reunião, no sentido de uma ampliação de suas próprias possibilidades de gestão do caso, conforme entendia ser preconizado pelo apoio matricial e proposto pela gestão do serviço local.

Apesar dos combinados realizados, aproximadamente quinze dias após a reunião com a equipe eu me encontrava agora na sala com o médico Diego, que insistia que Jonas “continuava precisando de psicoterapia”. O meu sentimento ao entrar naquele consultório foi de grande frustração, sentindo a pressão de lidar com

um “encaminhamento não escrito”, embora apresentado pela denominação de um trabalho partilhado. Fui tomado por ideias (e afetos) de que “a equipe não estava jogando segundo as regras”, ou seja, conforme o que propunha o apoio matricial... ou pior, de que eu estava perdendo “um jogo no qual eu fora trapaceado”. Além disso, a ideia que me vinha à cabeça era a de estar num “cabo de guerra” com a equipe, pensando constantemente que precisaria ser firme, insistindo na “tarefa” de promover o envolvimento dos profissionais nas práticas de saúde mental... ou seria afinal “vencido pelo cansaço”, tendo de lidar com uma “fila de encaminhamentos sem fim”. Antes de discutir o caso de Diego, abordaremos outra acepção do “jogo” nas intervenções e consultas realizadas de forma conjunta.

6.1.2. **Trabalhar... ou jogar conversa fora?**

Ao discutir os casos de saúde mental em uma EqSF, o **técnico de enfermagem Mário** era quem comumente indicava maior interesse em participar de atividades compartilhadas, a exemplo da consulta conjunta. Embora demonstrasse maior disponibilidade que os outros integrantes de sua equipe, Mário não deixava de verbalizar sua insegurança em realizar uma tarefa para a qual, em suas palavras, “ele não estudou para desempenhar”. Ao longo de mais de dois anos, foram muitas consultas conjuntas realizadas com Mário, que participava comumente com sua presença silenciosa, mas também reconhecia – na sequência à entrevista clínica – ficar impaciente com as questões dos pacientes e das famílias, pois se considerava uma pessoa “mais prática”.

Um elemento muito interessante relacionado ao contexto de participação de Mário nas consultas era o seu desejo, partilhado por vezes antes ou depois dos atendimentos, de saber mais sobre o campo da psicologia e da psicanálise. Acolher esse movimento pessoal de Mário não era visto por mim, a priori, como um “trabalho”, mas sim como um momento de convivência – quase como “jogar conversa fora” –, que precisava ser cuidado a fim de não atrasar e atrapalhar as atividades da agenda e rotina na UBS. Embora algumas dessas conversas se dessem na própria sala de atendimento, na maioria das vezes preferíamos conversar nos espaços informais da UBS (como os corredores, a copa ou o espaço dos “fundos” do serviço). Era habitual que Mário levantasse dúvidas sobre como “a psicologia” entendia questões, por exemplo, sobre a infância, adolescência, o amor, ou a sexualidade. Geralmente, sem

pretender ensinar nada, eu me sentia convidado a instigar Mário a refletir sobre estes temas a partir de um outro lugar, em um jogo de pensamento que, talvez, possa ser pensado a luz dos intercâmbios mantidos por Winnicott no “jogo do rabisco”.

Depois de vários meses de consultas – e de conversas informais – com Mário, participo de uma reunião de equipe na qual o profissional conta sobre **Ana**, de oito anos, encaminhada por sua escola com queixas de comportamento. Embora eu não me encontrasse em um período de férias – estando dessa forma presente na UBS alguns dias naquela semana – Mário desejou realizar sozinho o acolhimento de Ana no serviço. A criança veio à UBS acompanhada de sua tia (uma de suas principais cuidadoras), mas o técnico de enfermagem entendeu a importância de priorizar a escuta de Ana, privilegiando desde o primeiro contato o espaço para que a criança pudesse ter voz. A partir da escuta de Ana e de sua tia, o profissional relatou ter percebido algumas questões importantes: a escola se queixa na carta, mas a criança não havia sido efetivamente ouvida pela coordenação escolar; a criança era, segundo ele, “muito esperta e comunicativa”, demonstrando interesse e prazer em conversar, abrindo-se “com facilidade” para Mário; além disso, Ana indicava a demanda de ter mais atenção de seus pais (divorciados), sendo a própria criança a principal responsável em administrar o próprio uso de remédio prescrito por um médico privado, a partir de um diagnóstico de transtorno de atenção.

Após a consulta, Mário realizou uma articulação importante no caso, entrando em contato com sua escola (para obter mais informações sobre o encaminhamento), e agendando um segundo momento de escuta para Ana e familiares. Além disso, o técnico de enfermagem fomentou junto aos demais integrantes de sua equipe a necessidade de entender como foi prescrita a medicação utilizada pela criança, assim como propôs que outros profissionais da equipe pudessem se aproximar mais da tia e da mãe de Ana.

Na reunião de equipe, Mário apresentou a discussão do caso no qual se tornou profissional de referência, relatando sobre a história colhida, suas iniciativas de trabalho em rede, suas hipóteses e observações. Além disso, Mário propôs realizar uma consulta conjunta comigo, no sentido de “partilhar o que pensou” sobre o caso – o que passava pela busca de um respaldo e retaguarda, condizente com a proposta do apoio matricial. Aceitei o convite e reconheci a importância do trabalho que estava sendo realizado por Mário, de forma articulada com a sua equipe. Como desdobramento da intervenção de Mário, houve uma aproximação da EqSF à família

de Ana, tendo como efeito um avanço no processo de a escola e a família conseguirem olhar e se relacionar com a criança para além das queixas e dos sintomas inicialmente apresentados.

6.1.3. **Sobre o jogar/brincar e as condições do “pensar junto”**

As vinhetas apresentadas acima podem ser consideradas como “tipos” referentes a situações que se faziam presentes na rotina do trabalho de apoio matricial junto às EqSF, embora a grande maioria das experiências cotidianas tivessem elementos de ambas as situações. De todo modo, ao tomar esses dois casos como paradigmáticos, propomos refletir sobre alguns impasses do trabalho cooperativo subjacente às consultas conjuntas no âmbito da APS.

Ao entrar em um “cabo-de-guerra” com Diego (e de certo modo, com sua equipe), coloquei-me em uma posição inflexivelmente presa às “regras de um jogo” estabelecido por terceiros (o “preconizado pelo apoio matricial e pela gestão local”), e que permitia pouca expressão e presença das singularidades dos profissionais envolvidos naquela situação. Ao invés de tomar a proposta do apoio matricial como uma referência teórico-política a partir da qual eu e a equipe poderíamos desenhar/construir um modo de trabalho singular, vivi a situação como um jogo com regras estritas – e conseqüentemente, no qual se perde ou se ganha.

Em nossa perspectiva, esse primeiro elemento possui uma complexidade importante, visto que, os profissionais que atuam na APS – e mais especificamente no modelo da ESF – precisam lidar, em certa medida, com a dimensão psíquica, emocional e familiar dos casos. Contudo, conforme Balint (1988) salienta, nem todos os profissionais da APS encontram-se igualmente disponíveis e psiquicamente aptos para conduzir intervenções ou ações mais autônomas no campo da saúde mental. Winnicott (1994d) também nos lembra que, apesar de os médicos de família serem efetivamente “usados” pelos pacientes para se manterem saudáveis, vários destes profissionais são “doentes em termos psiquiátricos” e encontram limites em sua abordagem em saúde mental.

Paralelamente à importância de considerar as possíveis singularidades de como cada profissional (e equipe) pode lidar com os casos de sofrimento psíquico, ressaltamos ser igualmente fundamental a possibilidade de o profissional da APS

ampliar seu olhar clínico, em uma perspectiva que incluía, conforme sugere Campos (2003a), a dimensão do sujeito e de sua singularidade.

Tomando o caso de Mário como um exemplo paradigmático, entendemos que as atividades que realizei junto a ele se estabeleceram na conjunção de três contextos: (i) as discussões de caso em equipe, (ii) a participação em consultas conjuntas e outras intervenções coletivas e (iii) as conversas com Mário realizadas especialmente nos espaços informais da UBS. A nossa participação regular em reuniões da EqSF foi certamente um elemento importante para a construção de um trabalho cooperativo, na medida em que possibilitou não apenas uma “entrada” na equipe, mas a constituição de um momento no qual os casos podiam ser discutidos em sua singularidade. A sustentação desse espaço nas reuniões de equipe pode ainda ser pensada, à luz da noção do brincar winnicottiano, como a instauração de um “espaço e tempo”: uma dimensão do negativo que permita a emergência do “novo” (ONOCKO-CAMPOS, 2014b; WINNICOTT, 1975a).

No contexto das reuniões em equipe, Mário passou a sinalizar uma abertura para discutir os casos e para participar de consultas conjuntas ou visitas domiciliares de pacientes relacionados ao campo da saúde mental – especialmente nas situações em que ele já possuía algum vínculo com a família. Embora as reuniões e intervenções conjuntas se constituíssem em si mesmas como espaços de relação e trocas importantes, temos como hipótese que um elemento fundamental na construção de um espaço de trabalho conjunto com Mário se deu ao “jogar conversa fora”, ou seja, nos bate-papos realizados especialmente nos corredores, na copa e nos “fundos” da UBS. Também no caso de Elisa e de Vilma – abordados no capítulo anterior – uma relação de trocas em espaços semelhantes foi vivida entre os profissionais. Além disso, nos relatos apresentados por Chazan *et al* (2019) junto a psicólogos que vivenciaram impasses para realização de consultas conjuntas com outros profissionais das EqSF, uma das estratégias citadas foi a de “puxar uma discussão no cafezinho”, buscando constituir relações de parceria que pudessem viabilizar a prática.

Em nossa perspectiva, essas conversas informais podem ser compreendidas, conforme noção introduzida por Roussillon (1991) como uma atividade nos “**espaços intersticiais**” da instituição. Na perspectiva deste autor, estes locais comuns a todos os profissionais (p.ex. corredor, copa, banheiro) possibilitaram encontros menos formais, cumprindo um papel importante em relação a outros espaços (p.ex. reuniões

e consultas) e, assim, contribuindo na regulação das tensões e das trocas intersubjetivas das equipes. Sobre este tema, Fustier (2019) destaca que os espaços intersticiais são marcados pelo paradoxo de ser um “trabalho-não-trabalho”, visto que dizem respeito, concomitantemente, ao âmbito privado e ao profissional, assim como às dimensões da razão e do prazer. Este último autor acrescenta ainda que os espaços intersticiais permitem que os profissionais realizem intercâmbios enquanto pessoas com preocupações e vivências diversas, e não apenas como trabalhadores destinados ao cumprimento de uma tarefa. Fustier também declara que os espaços intersticiais poderiam remeter a uma experiência mais primitiva de “ilusão⁸¹” de encontro no contexto institucional, constituindo certa “fábrica” do trabalho em equipe. Para este autor, os espaços intersticiais possibilitariam ainda a “produtividade dos vínculos⁸²”, fundamental para possibilitar o trabalho nas instituições de cuidado.

Neste ponto, gostaríamos de novamente retomar um “excerto histórico” da psicanálise, indicando para algumas aproximações entre a noção winnicottiana de “dispersão dos agentes responsáveis” e a intervenção nos espaços informais (ou intersticiais). Em 1969, Winnicott (2005d) enviou uma carta para um psiquiatra que atuava no contexto clínico-institucional⁸³, indicando encontrar dificuldade no trabalho junto a alguns médicos de família. Nestes casos, o autor ressalta que os GPs divergiam dele quanto à questão da prescrição farmacológica, o que levaria um profissional a jogar o paciente contra o outro, conspirando “com os elementos opostos na dissociação do paciente” (WINNICOTT, 2005d, p. 227). No entanto, o psicanalista indica que um destino possível seria, ao se encontrar pessoalmente com o médico de família, ao invés evitar o colega o profissional, buscar “enxergar o lado engraçado da coisa e rir”. Embora esta ideia não seja parte de um escrito teórico-clínico, entendemos que ele possui um valor relevante sobre como o humor pode, em uma intervenção nos espaços informais, constituir fundamentos de trabalho partilhado, a fim de que a intervenção conjunta supere as repetições e estagnações.

⁸¹ Fustier (2019) faz alusão a noção de “ilusão do grupo” em Anzieu. Neste sentido, entendemos que as trocas mantidas com a enfermeira Ester podem ter sido elemento fundamental para a constituição de uma “ilusão dual” que sustentou o trabalho da dupla/casal de profissionais com Vilma.

⁸² Embora extrapole o escopo da tese, Fustier (2019) destaca que esse aspecto é especialmente importante na contemporaneidade, momento em que as modalidades de “gestão por resultado” constituem ataques aos espaços intersticiais.

⁸³ Trata-se de Michael B. Conram, psiquiatra e psicanalista em formação (à época da carta de Winnicott), que se dedicou especialmente no trabalho psicanalítico em instituições de saúde mental e que construiu seu trabalho em diálogo com o pensamento de Tom Main e outros autores do campo clínico-institucional (CONRAN, 2008; HESS; LEWIS, 2002; WINNICOTT, 2005d).

Olhando retrospectivamente, identifico que a relação com Mário também possuía, por vezes, alguns elementos “do cabo de guerra”: em alguns momentos a ideia de se dispor ao trabalho que considerava “ser do psicólogo” era trazida, em nossa percepção, como questionamento (ou mesmo hostilidade). Contudo, verificamos que, na medida em que sustentávamos as trocas nos espaços informais do serviço, as condições para o “pensar com” (Kaës) – incluindo o comum e o diferente – puderam ser sustentadas de modo suficientemente estável em nosso vínculo interprofissional. Além disso, entendemos que as conversas nos interstícios podem também ter estabelecido uma relação intertransferencial que permitiu trazer à luz alguns conteúdos que, sem estes espaços, poderiam manter-se denegados, afetando as possibilidades do pensamento partilhado.

Além do exposto acima, Roussillon (1991) acrescenta que os espaços intersticiais possibilitam aos profissionais apresentarem conteúdos importantes que podem não emergir nas reuniões e outros encontros “oficiais” da equipe. Neste sentido, consideramos que a atenção ao que se apresenta nos interstícios pode ser útil para compreender as situações de profissionais que não conseguem – por diversos motivos – implicarem-se em modalidades específicas de cuidado em saúde mental. Deste modo, as conversas de corredor ou da copa podem aferir as circunstâncias de maior ou menor abertura de profissionais para a consulta conjunta, entendendo que a intervenção nos interstícios não significa desconsiderar o sigilo e as informações privativas dos casos.

A partir de nossa discussão sobre a relação entre os espaços intersticiais e as possibilidades de instauração de um espaço partilhado (ou de jogo) entre o psicólogo e o profissional de EqSF, abordaremos algumas questões e paradoxos implicados na realização da consulta com a presença de outro profissional.

6.2. OS PARADOXOS DA PRESENÇA DE OUTRO PROFISSIONAL NA CONSULTA

Com base em nossa experiência na APS, consideramos que a participação de dois profissionais em uma consulta não significa que ambos apresentem a mesma qualidade de presença no encontro com o paciente. Neste sentido, consideramos relevante abordar, por meio de duas vinhetas, algumas questões relativas ao manejo do psicólogo quanto à presença do outro profissional na consulta conjunta.

6.2.1. Consulta conjunta... ou na presença de outro profissional?

O **enfermeiro Eliseu** e eu já havíamos realizado ao menos cinco consultas conjuntas quando recebemos **Murilo**, uma criança de seis anos com queixas de “hiperatividade”. O paciente era curioso e comunicativo, contando sobre sua cidade de origem (em outra região do país) e sobre sua rotina na escola e no centro de convivência em seu bairro. A criança também se mostrou aberta para realizar um desenho de sua família, dando grande ênfase aos vários animais de estimação que representava no papel. Enquanto eu escutava Murilo, buscando conhecer seu “mundo”, o enfermeiro Eliseu observava em alguns momentos passivamente o que se passava na consulta, utilizando outra parte do tempo para preencher alguns documentos e formulários relativos ao trabalho de sua equipe. Ao final da consulta de Murilo, proponho uma discussão do caso com Eliseu, mas o profissional refere que “o menino estava bem fisicamente”, salientando que precisava resolver algumas tarefas atrasadas de sua EqSF.

Trabalhando como psicólogo no apoio matricial, por vezes vivi situações como a consulta conjunta com Eliseu, nas quais o meu sentimento era o de estar sozinho na escuta do paciente, mas tendo de lidar com a “questão” adicional de sustentar um *setting* suficientemente adequado, apesar do comparecimento de um profissional não efetivamente “presente”. Além disso, Moretto (2019) destaca os potenciais efeitos iatrogênicos da indisponibilidade do profissional de saúde à singularidade do paciente, o que poderia produzir ainda mais desamparo.

Diferentemente da vinheta acima, realizei diversas consultas nas quais o profissional, embora silencioso e menos ativo, se fazia presente, a exemplo do que abordei no trabalho junto ao técnico de enfermagem Mário. Considero difícil saber, *a priori*, quais consultas teriam cada uma dessas qualidades de presença/ausência. Contudo, conforme abordado no tópico acima, entendo que, para a sustentar o cuidado aos pacientes, uma opção ética pode ser a de não insistir no comparecimento de profissionais que indiquem, a princípio, não ter o desejo de participar, investindo na instauração de outros espaços partilhados e de troca, que podem eventualmente favorecer a posterior realização de uma consulta conjunta.

Se algumas consultas conjuntas acabaram por se mostrar, em um sentido iatrogênico, como um atendimento na “presença ausente” de outro profissional,

consideramos haver também a possibilidade, em alguns casos, de o apoio matricial favorecer a conquista do profissional generalista “estar só” frente a um paciente com queixas de ordem emocional ou psicossomática, tema abordado na sequência.

6.2.2. O apoio matricial e a conquista do profissional “estar só”

Em meu contato com o **médico João**, verifiquei desde cedo sua valorização à objetividade e resolutividade dos casos, o que impunha, a meu ver, um ritmo “acelerado” em suas consultas. Ao longo de consultas e outras atividades conjuntas com o profissional, foi possível estabelecer um espaço de intercâmbio e de pensamento conjunto com João, para o qual foram importantes tanto as discussões de caso em equipe como as trocas nos espaços intersticiais do serviço. Neste contexto, um dos casos de consulta conjunta com este médico nos chamou particularmente a atenção.

Carla é uma jovem de 35 anos acompanhada por João há alguns meses devido a dores musculares inespecíficas, incluindo uma queixa de “enxaqueca” que não era condizente, segundo o médico, às características sintomatológicas esperadas. João já havia solicitado alguns exames laboratoriais e de imagem e começava a aventar a possibilidade de sofrimentos psíquicos estarem relacionados às queixas da paciente. Quando João me buscou para discutir o caso, ele possuía poucas informações sobre a história de vida e rotina de Carla, embora tivesse obtido dados de muitos exames. Neste contexto, João me propôs a realização de um atendimento conjunto a Carla.

No dia da consulta, consegui conversar previamente com João antes de recebermos a paciente. Quando Carla entrou na sala, o médico retomou alguns temas que vinha conversando com ela em atendimentos anteriores e assumiu a dianteira da consulta, perguntando sobre a rotina da paciente e sua relação com os familiares. Enquanto o médico escutava a paciente, eu tinha certa dificuldade de “estar presente” naquele encontro clínico e me percebi pensando em outras coisas, para além do que estava em questão no atendimento. Sem desconsiderar possíveis preocupações pessoais naquele dia, entendo que a minha presença mais “afastada” pode sinalizar algo das transferências em circulação naquele caso.

No decorrer da consulta, João seguiu fazendo algumas perguntas para Carla, mas a paciente insistia em falar sobre sua apreensão em relação a um de seus primos, que não estava sendo bem cuidado pela mãe e, em suas palavras, em “situação de

desamparo”. Percebo-me “retornando” à consulta, quando João indica, a meu ver, de forma arguta: “você parece querer falar de seu primo... do desamparo... isso tem a ver com você?”. A consulta segue de maneira muito interessante a partir dessa pontuação de João, pois Carla segue um fluxo associativo no qual a lógica deixa de ser a de perguntas e respostas⁸⁴, para abordar aspectos bastante singulares de seu sofrimento e de sua relação com o namorado, que são aprofundados em um segundo encontro clínico, que conduzimos novamente de forma conjunta.

A partir da escuta de Carla, pudemos construir um projeto terapêutico com a paciente, no qual propus alguns atendimentos individuais e João seguiu o acompanhamento em consultas mais frequentes, atento à singularidade daquele caso “que não se encaixava nos critérios de enxaqueca”. A partir de um trabalho conjunto, a paciente teve uma redução expressiva das queixas de âmbito somático, assim como uma ampliação do vínculo com o serviço de saúde e da possibilidade de verbalizar (e tomar consciência) de aspectos antes silenciados de sua história familiar – verdadeiras “dores de cabeça”. Deste modo, consideramos que o trabalho cooperativo – no qual a consulta conjunta teve papel fundamental –, permitiu que Carla fosse considerada como uma unidade psicossomática no contexto da APS, ao encontro do que sugere Solano (2020) e com familiaridade às concepções de Winnicott (1994h) e Balint (1988).

Analisando *a posteriori* o que aconteceu na consulta conjunta, consideramos que João, pôde flexibilizar seu manejo clínico, escutando o que se manifestava de modo menos organizado em Carla e, além disso, sintonizar-se com a paciente, em um sentido que nos remete à experiência de *flash* (BALINT, 1986a, 1973). Ademais, para além das possíveis razões pessoais para o meu estado de “dessintonia” com a consulta, consideramos que pude sustentar o estilo de atendimento de João e permitir que ele conduzisse a consulta, instaurando uma ausência – em minha presença – que pode ter facilitado a emergência de algumas potencialidades clínicas do médico.

Em nossa perspectiva, uma chave de leitura para o fenômeno ocorrido pode ser a paradoxal concepção de Winnicott sobre “estar só na presença do outro”. Para este psicanalista, o bebê possui inicialmente uma dependência absoluta da mãe-ambiente, a tal ponto que ele não conhece (*unaware*) a existência de pessoas que lhe

⁸⁴ Neste sentido é interessante retomar a diferenciação de Balint (1988) entre fazer perguntas e dispor-se à escuta: quando o profissional de saúde faz perguntas é muito provável que ele receba respostas... e nada mais.

provém cuidados. A partir das falhas permitidas pela mãe-ambiente, o bebê passar a saber (*aware*) da presença da(s) pessoa(s) que lhe dedica(m) cuidado. Neste processo da dependência rumo à independência, a criança passaria por um momento no qual, paradoxalmente, a capacidade de ser/estar só implica na presença de pessoa em que confia (p.ex. quando a criança brinca “só”, mas na presença de alguém) (VIEIRA, 2020; WINNICOTT, 1983).

Ao lançar mão dos conceitos winnicottianos apresentados acima para pensar algumas dimensões do apoio matricial e da consulta conjunta, ressaltamos não estarmos propondo uma infantilização dos profissionais generalistas da APS, visto que a concepção do psicanalista inglês implica que a “independência” (e capacidade de ser/estar só) nunca é total ou definitiva. Nesta perspectiva, o desenvolvimento emocional parte da “dependência absoluta” rumo a uma independência sempre relativa, ou ainda, no sentido da interdependência (VIEIRA, 2020). Além disso, embora consideremos que minha participação em consulta conjuntas pode ter favorecido a capacidade de “estar só” de alguns profissionais face ao sofrimento de certos pacientes, sublinhamos também a grande importância da presença de outros profissionais das equipes para que eu pudesse conquistar a capacidade de “estar só” frente a casos difíceis (a exemplo da enfermeira Ester e sua participação nas consultas conjuntas com Vilma).

Tendo em vista a ideia da interdependência – e do fato de que “trabalhar só” no contexto clínico-institucional sempre implica na presença/ausência de outro(s) – discutiremos algumas interrelações entre a consulta conjunta e o lugar “terceiro”.

6.3. A CONSULTA CONJUNTA E O LUGAR “TERCEIRO”

Embora na prática a consulta conjunta possa abarcar o encontro de mais de três pessoas, consideramos que esta prática clínica levanta algumas questões importantes sobre o lugar ou função do “terceiro” nas relações entre profissional(is) e paciente(s). Entendemos que este aspecto é fundamental na compreensão da consulta conjunta no contexto do trabalho em equipe, assim como acerca das possibilidades e limites desta prática se constituir como estratégia de formação profissional.

As experiências de consultas conjuntas do PCPCS e da Universidade La Sapienza destacam a relevância da posição “terceira” do psicólogo na relação

longitudinal mantida entre médico de família e paciente (ROCK; CARRINGTON, 2012; SOLANO, 2020; SOLANO *et al.*, 2009). No entanto, considerando a dimensão marcadamente coletiva da APS primária brasileira, conduzida por meio de equipes, seria essa proposta igualmente válida?

Tomando como exemplo a vinheta acima sobre a consulta conjunta com o médico João, consideramos que o horizonte de me colocar em posição terceira em relação à lógica mantida pelo profissional e seus pacientes foi um dos elementos que propiciou, ao longo das consultas e outras atividades conjuntas – a abertura de uma escuta para além da lógica biomédica. Por outro lado, consideramos importante revisitar também alguns aspectos do caso do paciente Douglas, no qual a configuração da consulta conjunta com o médico Vitor não garantiu a escuta em uma posição terceira, de modo que elementos importantes para o paciente não foram inicialmente ouvidos ou percebidos. Partindo deste último caso, realizaremos uma releitura de um conceito balintiano, a fim de explorarmos os impasses entre o apoio matricial e o lugar “terceiro”

6.3.1. O apoio matricial e a “função apostólica da equipe”

Além dos conceitos de Michael Balint (1988) já abordados anteriormente, uma noção importante apresentada pelo autor consiste na “**função apostólica**” do médico de família. Sobre esta ideia, ele afirma:

A missão ou função apostólica significa em primeiro lugar que o médico tem uma vaga mas quase inabalável ideia sobre o modo como deve se comportar o paciente quando está doente. Embora este conceito pouco tenha de concreto e de explícito, é imensamente poderoso e influi, segundo podemos comprová-lo, praticamente em todos os detalhes do trabalho do médico com o seu paciente. Era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre seus pacientes. (BALINT, 1988, p. 186).

Assim, para o autor, a “função apostólica” do GP seria um elemento constituinte do estilo e racionalidade clínicos por meio dos quais ele pode operar sua função de cuidado, em uma concepção que coloca a problemática da moral/ética do profissional ao lado da contratransferência. No contexto da obra de Michael Balint, entendemos que esta ideia possui grande importância, visto que o acompanhamento do médico de família, de modo distinto do psicanalista, envolve frequentes orientações e intervenções sustentadas por valores e perspectivas pessoais do profissional.

Embora identifiquemos uma publicação do Ministério da Saúde (2008) que faz referência a Balint para denunciar possíveis “atitudes pastorais” por parte dos profissionais de saúde, Peixoto-Junior (2013) enfatiza que a função apostólica carrega para Balint uma importante ambiguidade: por um lado, ela é positiva, na medida que forma a personalidade do médico de família e sustenta as suas condições de acompanhar de forma ampla seus pacientes em diversos aspectos da vida; por outro, é negativa, sustentando-se em referências frágeis (p.ex. pré-conceitos do médico, senso comum). Neste sentido, para Balint (1988), uma das diretrizes orientadoras dos grupos realizados por ele com os GPs consistia na ampliação da consciência, por parte de cada médico participante, de sua própria função apostólica, de modo que o profissional pudesse não “praticá-la” automática e repetidamente em todos os casos. Sobre este aspecto, Sapir (1994) salienta que a ênfase balintiana sobre a função apostólica estava na “des-idealização” das atitudes médicas, lugar que podemos compreender como “terceiro” em relação ao conjunto dos GPs.

O arcabouço teórico kaësiano nos permite uma releitura da função apostólica do GP, buscando torná-la uma noção útil para o apoio matricial junto às equipes na APS. De modo correlato ao conceito proposto por Balint, entendemos que cada EqSF tende a constituir uma “**função apostólica de equipe**”, também marcada pela ambiguidade. Tomando o caso Douglas como exemplo, entendemos que certo conjunto de valores e crenças se fizeram presentes nas alianças constitutivas da equipe, servindo de amarração vincular para um trabalho comum (“como um”) e sustentando a possibilidade de cuidado ao paciente, cujo acompanhamento pós-acidente foi realizado de modo domiciliar e com grande dedicação por parte dos profissionais da EqSF. Por outro lado, os vínculos intersubjetivos constitutivos da função apostólica da equipe também implicavam em “coisas” que não podiam ser ditas – ou mesmo pensadas –, nas reuniões e outros momentos considerados como “espaços da equipe”.

Estudarmos a *posteriori* o caso à luz de uma “função apostólica da equipe” nos permitiu entender melhor os elementos que poderiam ter sido manejados na discussão de caso e “contratualização” da consulta conjunta. Além disso, ao propor a função apostólica como algo sustentado nas diversas alianças constitutivas da equipe – inclusive nas inconscientes –, consideramos o risco desse funcionamento levar ao pensamento ideológico (Kaës), sem espaço para a falta, a lacuna ou a diferença. Neste sentido, a entrada do psicólogo em atividades conjuntas de apoio matricial

implicaria relacionar-se com a equipe, buscando inserir, em alguma medida, uma “diferença produtiva” que permita deslocar o funcionamento da equipe da repetição do “mesmo”. Contudo, partindo dos impasses vividos no caso de Douglas, seria possível pensar o apoio matricial realmente como lugar terceiro?

6.3.2. O apoio matricial entre o lugar “interno” e o “externo”

Conforme já indicamos, consideramos que a atuação do psicólogo em relação às equipes apoiadas no matriciamento consiste em lugar intermediário e paradoxal, visto não ser de total externalidade (p.ex. um supervisor clínico-institucional), nem de evidente integração, como é o caso do profissional generalista e membro efetivo de uma EqSF. Neste sentido, um trabalho a partir do que Lafraia e Castanho (2021) denominam de “terceiro dentro” – com base no negativo, na falta, no “não-saber” e no paradoxo – poderia constituir diretriz de intervenção do psicólogo no apoio matricial junto às equipes, de modo a fazer frente às modalidades de “pensamento ideológico”. Além disso, verificamos a potência da participação de outros terceiros externos à APS, mas internos ao SUS, a exemplo do apoio matricial fornecido por profissional do CAPS III, que se constituiu como “terceiro” fundamental para as possibilidades de pensarmos clinicamente o caso Vilma.

Entendemos, contudo, que a posição terceira proporcionada pela consulta conjunta – e outras atividades de apoio matricial – não deveria substituir a presença de “**terceiros externos**” nos programas e projetos de saúde mental na APS. Neste sentido, é interessante salientar que a presença de terceiros externos se configura como um elemento fundamental nas experiências de consultas conjuntas do PCPCS (supervisores clínico-institucionais de Tavistock) e da Universidade La Sapienza (participação dos docentes como supervisores dos psicólogos residentes). Em nossa perspectiva, quando a entrada destas pessoas e instituições é feita de modo cuidadoso, o terceiro externo pode tensionar de modo produtivo as diferentes alianças (conscientes e inconscientes) estabelecidas no contexto clínico-institucional da APS, podendo fomentar o pensar (n)a diferença. Neste sentido, destacamos a relevância da posição terceira da profissional residente em saúde mental no caso de Douglas,

que por sua escuta possibilitou o advento do “iné-dito”, ou seja, do que que ainda não podia ter sido dito pelo paciente⁸⁵.

Tendo em vista as características da consulta conjunta propostas por Mello Filho e Silveira (2005) e integradas ao matriciamento em saúde mental do SUS, consideramos fundamental ponderar sobre os limites da “função terceira” desta prática, indicando a necessidade de a consulta conjunta se inserir em intervenções mais abrangentes de apoio matricial que sustentem a posição terceira, assim como na relevância de terceiros externos (p.ex. profissionais residentes ou supervisores clínico-institucionais externos). Além disso, partindo das possibilidades e limites do psicólogo se colocar como “terceiro” a partir do apoio matricial, analisaremos na sequência alguns impasses deste profissional em relação à dimensão formativa da consulta conjunta.

6.4. UM DISPOSITIVO DE-FORMAÇÃO PROFISSIONAL?

Pensar a interface entre psicanálise e formação profissional no contexto da prática das consultas conjuntas implica levantar diversas questões. A primeira, já introduzida anteriormente, refere-se aos limites ressaltados por Freud do “ensino” da psicanálise por meios acadêmicos, assim como à estreita relação entre a transmissão da psicanálise e a experiência de análise pessoal (FREUD, 1996f, 1996h). Por outro lado, identificamos em Ferenczi a compreensão de que algo da psicanálise poderia ser transmitido – não meramente por conceitos teóricos, mas em termos de experiência prática ou manejo clínico – contribuindo para uma “diplomacia psicológica” por parte do clínico geral (FERENCZI, 2000b, 2011b). Em filiação direta à tradição ferencziana, encontramos os seminários concebidos pelo casal Balint, que buscavam essencialmente uma “transformação limitada, embora considerável, da personalidade” dos GPs atuantes no sistema de saúde inglês (BALINT, 1988). Além disso, entendendo Winnicott como um clínico “no espírito “ferencziano”, verificamos nos relatos de profissionais de saúde que participaram de suas consultas, algumas sinalizações da possibilidade de transmissão de um estilo clínico, ou mesmo de uma ética relacional. Embora nenhum dos psicanalistas acima tenha praticado a consulta conjunta em sentido estrito, a problemática da formação é aludida nas experiências

⁸⁵ Baseando-se na ideia proposta por Moretto (2019) a partir do trabalho em contexto hospitalar.

contemporâneas das consultas conjuntas como intrinsicamente relacionada a aspectos éticos e subjetivos do profissional de saúde.

Nas consultas conjuntas propostas no âmbito da proteção materno-infantil por Tricot e Fritz, as autoras ressaltam o valor de o psicanalista posicionar-se frente à expectativa de “saber-fazer” (*savoir-faire*), instigando uma posição ética de “saber-ser” (*savoir-être*) (BETHENOD *et al.*, 2016; FRITZ, 2016). Assim, encontramos no trabalho destas autoras a ênfase na possibilidade de transmissão de uma ética clínica que implica em modificações subjetivas do profissional. De modo semelhante, os pesquisadores do PCPCS ressaltam como possível contribuição da consulta conjunta a ampliação das possibilidades de o profissional “sustentar a incerteza clínica” no acompanhamento dos pacientes, especialmente nos casos que inquietam os profissionais por não corresponderem às expectativas diagnósticas ou sintomatológicas já estabelecidas (ROCK; CARRINGTON, 2012).

Em nossa perspectiva, os relatos de trabalho conjunto com o médico João e o técnico de enfermagem Mário indicariam a possibilidade, em alguma medida, da transmissão da possibilidade de “ser” em outra modalidade de relação com os pacientes, sustentando a incerteza clínica e mostrando-se mais atento as singularidades de cada caso. Deste modo, em nossa perspectiva, deslocando a dimensão “pedagógica” da consulta conjunta proposta por Chiaverini *et al.* (2011), entendemos que as possibilidades de formação (ou de transmissão) por parte do psicólogo de orientação psicanalítica se dariam principalmente no sentido de contribuir para um reposicionamento ético e subjetivo do profissional apoiado (matriciando).

Ao lado das possibilidades sublinhadas acima, as experiências contemporâneas de consultas conjuntas, assim como nossa vivência profissional, também revelam dificuldades importante relativas à dimensão formativa desta prática. Stern, Hard e Rock (2015) indicam que as consultas conjuntas do PCPCS tiveram menor adesão do que o inicialmente esperado pelo projeto, elemento que, para os autores, pode estar relacionado às exigências subjetivas ao profissional da APS. Neste sentido, os autores enfatizam que as consultas conjuntas “tem potencial para tranquilizar o GP, mas igualmente para incomodá-lo, com novas informações, revelando pontos cegos nele; áreas que o GP tende a ignorar ou evitar⁸⁶” (STERN;

⁸⁶ “[...] have the potential for reassuring the GP, but equally for disturbing him/her, with new information, with a disclosure of blind spots in him/her; areas which the GP tends to ignore or shy away from”.

HARD; ROCK, 2015, p. 14, tradução nossa). De modo semelhante, Chevnik (1991) indica que as consultas conjuntas suscitam importantes aspectos subjetivos nos profissionais que delas participam, podem ser compreendida como um **processo (de)formativo**, fazendo referência ao pensamento kaësiano sobre o tema.

Em Kaës (1997), a problemática da (de)formação é apresentada no âmbito de sua discussão sobre as crises e superações. Para o autor, o sujeito é marcado, desde o início da vida psíquica, por experiências de crises (des-continuidades) e pela resolução precária e interminável delas. Lançando mão de alguns elementos do pensamento winnicottiano, Kaës enfatiza que o jogar/brincar – tomado em sua compreensão ampla de funcionamento psíquico – é um modo de atravessar as des-continuidades, possibilitando a transição entre rupturas e suturas. Dentre os momentos e aspectos da vida que são especialmente caracterizados pelas crises e superações, o autor elenca os processos de formação⁸⁷, baseando-se na realização de grupos de formação para o trabalho psicanalítico e no campo da saúde mental. Em relação a este tópico, Kaës (1997) afirma que, paradoxalmente, “nós nos formamos ao nos deformarmos⁸⁸”.

Em texto mais recente, o psicanalista francês acrescenta que o processo (de)formativo abarca diferentes aspectos psíquicos no sujeito:

[...] a formação inclui fases de desorganização correlativas à reorganização da economia e dinâmica intrapsíquica. Ela mobiliza a vida pulsional em suas dimensões libidinal e narcísica, destrutiva e mortífera. Ela desperta angústias de aniquilação e depressão [...]. Ela se inscreve em um campo transfero-contratransferencial, no qual alojam tanto os antigos cenários fantasmáticos, os imagos e os objetos de amor e ódio, como os que servem à resistência psíquica contra o processo de formação-deformação. Enfim, ela se inscreve no campo da intersubjetividade e das alianças que o organizam⁸⁹ (KAËS, 2018, p. 22–23, tradução nossa).

Deste modo, Kaës destaca que na (de)formação, o sujeito teria de lidar com impactos tanto em termos intrapsíquicos, como no campo intersubjetivo e de suas alianças (conscientes e inconscientes). No entanto, o autor enfatiza que seria somente

⁸⁷ Outros exemplos destacados por Kaës (1997) consistem na passagem pela adolescência, a experiência de migração e o adoecimento.

⁸⁸ "on se forme en se déformant".

⁸⁹ "[...] la formation comporte des phases de désorganisation corrélatives au remaniement de l'économie et de la dynamique intrapsychiques. Elle mobilise la vie pulsionnelle dans ses dimensions libidinales et narcissiques, destructrices et mortifères. Elle réveille des angoisses d'anéantissement et de dépression [...]. Elle s'inscrit dans un champ contretransféro-transférentiel, dans lesquels se logent à la fois les anciens scénarios fantasmatiques, les imagos et les objets d'amour et de haine et qui servent les résistances psychiques contre le processus de la formation-déformation. Enfin, elle s'inscrit dans le champ de l'intersubjectivité et des alliances qui l'organisent".

pela (de)formação que o sujeito poderia acessar uma possibilidade de trans-formação. Estas contribuições kaésianas podem ser contrastadas com alguns desafios específicos do campo de trabalho da APS.

O primeiro desafio refere-se às fragilidades e vulnerabilidades do próprio médico de família – elemento evidenciado pela emergência da noção de “falha” ou “falta básica” na vivência dos GPs participantes dos seminários com Balint, conforme abordamos anteriormente. De forma complementar, ao realizar uma palestra sobre o legado balintiano, Main (2000) compara o papel de “*gatekeeper*” do GP com o do soldado no *front* da batalha: são justamente as pessoas nessa posição que sofreriam os impactos, de modo a possibilitar o trabalho específico dos outros profissionais que estariam “por trás deles”. Além disso, Main indica que o profissional da APS também teria de lidar com um sofrimento adicional, relacionado à demanda de conciliar uma abordagem biomédica suficiente (diagnosticando sintomas e doenças de modo objetivo), com a necessidade de lidar com o sujeito acompanhado de forma longitudinal, o que mobilizaria também aspectos emocionais e subjetivos do profissional. A partir de nossa experiência no papel de matriciador, identificamos como os elementos apontados por Main seguem relevantes para pensar os impasses vividos não apenas pelo médico, mas também por diferentes integrantes das EqSF e outros profissionais da APS.

Diante dos sofrimentos específicos da (de)formação para o trabalho na APS, outros aspectos salientados por Kaës (1997) entorno da crise nos parecem de grande relevância. De acordo com este autor, o atravessamento das crises (descontinuidades) é desde o início da vida subjetiva sustentado pelo coletivo – o “primeiro grupo-mãe” –, ressaltando a importância tanto do *holding* oferecido pela mãe ao bebê, como do *holding* oferecido pelo pai e pela família à mãe. De forma correlata, o autor salienta a importância dos grupos e dos coletivos também nos processos pelos quais o profissional se (de)forma.

Logo, podemos considerar que a maior ou menor capacidade das equipes (e outros espaços coletivos das instituições) em oferecer contorno e *holding* aos sofrimentos implicados na formação profissional está diretamente relacionado às possibilidades de uma consulta conjunta propiciar – ou não – uma experiência profissional e formativa significativa. Verificamos, neste sentido, grande afinidade com as propostas de Campos (2007) no campo da saúde coletiva brasileira, que destaca

a importância da sustentação de espaços grupais, denominados pelo autor de coletivos de cogestão, no cotidiano dos serviços.

Além disso, partindo de uma perspectiva psicanalítica de herança ferencziana, destacamos a relevância que alguns destes espaços coletivos no âmbito dos serviços possam se configurar, para além das trocas interpessoais e decisões democráticas, como um trabalho centrado na contratransferência dos profissionais, possibilitando que os eventuais sofrimentos implicados na (de)formação possam encontrar continência e transformação (COHEN; CASTANHO, 2021).

Ao lado das questões concernentes à formação do profissional “matriciando”, parece-nos fundamental considerar também o “outro lado” da consulta conjunta: as possíveis crises (ou des-continuidades) produzidas por este *setting* “estranho-familiar” para o próprio psicólogo “matriciador”. Conforme indicado anteriormente neste trabalho, a minha entrada profissional no âmbito da APS representou uma experiência na qual, apesar do prazer com as novas vivências, via-me por vezes angustiado com os limites de pensar uma prática de fundamentação psicanalítica naquele contexto. Assim, consideramos que esta experiência se caracterizou – também para mim – em um dispositivo (de)formação, no qual participar de consultas conjuntas colocou em cena a interação/tensão entre psicanálise e saúde coletiva, implicando sofrimentos e transformações pessoais. Neste sentido, seguindo a discussão iniciada acima, sublinhamos como fundamental a existência de “terceiros” em relação ao matriciador e equipe de referência.

Por fim, a discussão sobre a (de)formação também traz à baila um elemento importante inerente aos processos formativos, que também se relaciona, em certa medida, com o apoio matricial e a consulta conjunta: conforme Kaës (2018), a escolha do termo “de-formação” foi feita para tematizar o índice de violência/agressividade implicada em todo processo formativo ou educacional. Neste contexto, o autor relaciona o processo formativo ao termo francês “*emprise*” (domínio), que apontaria, por um lado, para o oferecimento de um contorno estruturante e, por outro, para os riscos de dominação e de relações de poder. Partindo desta questão, abordaremos algumas problemáticas relativas à diferença, a assimetria e a desigualdade entre os profissionais participantes na consulta conjunta.

6.5. SOBRE AS DIFERENÇAS, ASSIMETRIAS E DESIGUALDADES NO ÂMBITO DA CONSULTA CONJUNTA

Conforme abordamos ao longo dos capítulos, a sustentação da **diferença** é uma pré-condição para o pensamento no trabalho clínico realizado de forma conjunta. Este elemento aparece em diversas dimensões ao longo das nossas discussões, dentre as quais destacamos o lugar “terceiro”, assim como o papel do negativo no “prazer de pensar junto” e a importância da heterogeneidade nas instituições (KAËS, 1994b, 2002). Neste contexto, destacamos nas vinhetas apresentadas – a exemplo do caso de Douglas – o risco do pensamento ideológico na “função apostólica da equipe” e dos pactos denegativos na consulta conjunta.

Além disso, considerando a discussão realizada entorno das possibilidades de a consulta conjunta na APS se constituir, em alguma medida, como um dispositivo de formação/transmissão, entendemos que esse elemento implica **assimetrias**, o que se evidencia pelo uso de termos como “matriciador” e “matriciando” (CHIAVERINI *et al.*, 2011). Neste sentido, Mello Filho (2007) salientou que certa presunção de saber (ou “suposto saber”) é depositado por um dos profissionais participantes da consulta no outro, mas também destacou a importância de que tais papéis possam ser intercambiados na condução desta prática clínica. Da mesma forma, partindo de nossa experiência, consideremos que a presença da diferença no trabalho em equipe se torna mais fecunda quando as posições podem ser trocadas, e o psicólogo se permite ser “matriciado” acerca de saberes/fazer por outros profissionais das equipes.

A consulta conjunta – assim como outras práticas que constituem o apoio matricial em saúde mental – são apresentadas em termos de política de saúde como uma forma de trabalho mais democrática e horizontal. Neste sentido Chazan, Fontes e Camargo Junior (2020, p. 3256) enfatizam:

Pensar o especialista como alguém que já sabe e que tem as respostas para as angústias da prática, reforça a mitificação sobre o conhecimento, as relações verticais e o foco na patologia que “existe” independente do sujeito. Neste contexto, torna-se difícil exercer a consulta conjunta, prática capital do AM [apoio matricial], pois sem horizontalidade esta ferramenta é reduzida a uma mera consulta com o especialista e, assim, perde-se o compartilhamento de competências, a produção de conhecimento e a eficácia da comunicação entre os participantes.

A partir de nossa prática, avaliamos que a proposição acima é de grande relevância, embora entendamos que a dimensão da horizontalidade deve ser sempre,

em termos psicanalíticos, vista ao lado das diversas configurações (inter)transferenciais assimétricas, assim como da necessária sustentação da diferença entre os sujeitos.

Além disso, o intento em estabelecer relações horizontais também é perpassada pelas **desigualdades** inerentes ao trabalho da APS. Neste sentido, consideramos fundamental mencionar as diferenças importantes entre as distintas categorias de trabalhadores que atuam nas EqSF em um contexto socioeconômico capitalista, o que balizou nossa decisão de apresentar as vinhetas de consultas conjuntas apresentando as filiações profissionais – médicos/as, enfermeiros/as, assistentes e técnicos/as de enfermagem, agentes comunitários de saúde. Embora sejam pertencentes a uma mesma equipe, estes trabalhadores convivem com disparidades de salário e status social entre as profissões, assim como possíveis desequilíbrios de poder em relação às decisões clínicas e organizacionais.

Refletindo *a posteriori* sobre as situações vividas com as EqSF, entendemos que algumas vezes os profissionais (principalmente aqueles com diploma de nível médio/técnico) encaravam a ideia da consulta conjunta como algo estabelecido “de cima para baixo” por parte da gestão/política pública. Apoiando-se na perspectiva de Ferenczi sobre os impactos da desigualdade de poder nas práticas clínicas e educacionais – conforme aludimos anteriormente – avaliamos que uma relação sentida como desigual implica em limites sobre o que pode ser efetivamente pensado e transformado.

Neste sentido, vivenciamos em nossa prática uma situação na qual um técnico de enfermagem se mostrou enfurecido ao aventarmos a possibilidade, ao longo de uma reunião, de alguém da EqSF participar de uma consulta conjunta, o que levou o profissional a deixar a reunião de forma intempestiva. Visto que já havíamos realizado diversas intervenções clínicas conjuntas com os integrantes dessa equipe e estávamos debatendo coletivamente as possibilidades frente a um caso, tive dificuldade na época de compreender que tal situação poderia, efetivamente, ser menos horizontal do que parecia. Analisando a ideia de “clínica comum” na saúde pública, Passos (2013) ressalta que, muitas vezes, a ideia de “inclusão” proposta no trabalho conjunto e horizontal deixa de fora a dimensão da tensão como analisadora institucional. Neste sentido, o autor destaca a importância de a horizontalidade abarcar também a tensão (e seus efeitos) como analisadores institucionais importantes.

Consideramos ser importante retomar as questões entorno do “mal desnecessário” nas instituições e da problemática da opressão nos vínculos intersubjetivos para discutirmos os impasses relativos às desigualdades no âmbito das consultas conjuntas. Conforme abordamos nas situações vividas com a ACS Mônica e o técnico de enfermagem Mário, entendemos que a consulta conjunta pode ser um dispositivo que promova a participação do profissional para além de uma posição de opressão institucional ou relações hierárquicas fixas, possibilidade que, em nossa perspectiva, está estreitamente relacionada à manutenção de espaços nos quais as desigualdades podem ser abordadas e/ou elaboradas pelos profissionais.

Neste sentido, faz-se útil discutir mais alguns elementos advindos de nossa prática, especificamente junto a um dos técnicos de enfermagem nas EqSF que eu apoiava. No contexto das intervenções conjuntas – e especialmente nos espaços mais informais da instituição – algumas vezes este profissional fazia a seguinte brincadeira: “agora que eu participei da consulta contigo, você pode me transferir um pouco do seu salário”. Esse tipo de verbalização permitia uma dimensão de trabalho intertransferencial importante, possibilitando que abordássemos sobre como uma atividade conjunta poderia ser exercida sem que fosse sentida como injusta/desigual em termos de condições salariais e de trabalho. Neste sentido, tratávamos, por exemplo, de qual era o limite do envolvimento que este técnico de enfermagem sentia ser possível ou justo nesta atividade. Contudo, o profissional também comunicava, em sua própria linguagem, a satisfação retirada da escuta mais aberta dos pacientes e do “prazer de pensar juntos” os casos clínicos.

Sobre a situação referida no parágrafo acima, sublinhamos o fato de grande parte das trocas – em tom de brincadeira – serem realizadas nos espaços mais informais da instituição. Roussillon (1991) enfatiza que nos espaços intersticiais as desigualdades de status não desaparecem, mas podem ser mantidas na “periferia da relação”, o que permitiria então que dois sujeitos possam elaborar algo das diferenças instituídas, a exemplo dos cargos ou distintas pertencas profissionais.

Além da possibilidade de as desigualdades sociais e institucionais serem verbalizadas nos espaços menos formais, entendemos que este elemento precisa ser considerado nas participações mais formais do psicólogo no apoio matricial junto aos profissionais da APS. Abordando o trabalho no SUS a partir das obras de Winnicott e Kaës, Miranda (2013) destaca a potencialidade das discussões interdisciplinares de caso clínico na constituição de espaços transicionais e de criação no âmbito das

equipes de referência. Para tanto, a autora destaca a importância da sustentação de um “espaço e tempo”, assim como da confiança mínima, para que a diferença possa se fazer presente nas trocas entre os profissionais. Além disso, a autora salienta a importância destes espaços tolerarem e sustentarem certo índice de disputa e agressão, dimensão necessária na criatividade em termos winnicottianos.

Em nossa perspectiva, a leitura proposta por Miranda (2013) pode ser ainda enriquecida pela contribuição de Castanho e Gaillard (2017) acerca da potencialidade dos grupos – inclusive de profissionais – na sublimação das pulsões de domínio (relacionadas pelos autores à opressão). Neste sentido, a constituição de espaços nos quais a discussão do caso ocupa o lugar central, sustentando uma transferência com a tarefa⁹⁰ – e não predominantemente com uma figura central (coordenador ou matriciador) – poderia contribuir para o manejo de possíveis impasses transferenciais inerentes ao “poder exacerbado” (CASTANHO, 2016). Além disso, a participação do matriciador nesses grupos, na medida que ajuda a constituir, em termos winnicottianos, um espaço de brincar (*play*), poderia facilitar, em alguma medida, a composição de trocas intersubjetivas menos fixadas às “regras do jogo” (*game*) prescritas social e institucionalmente⁹¹, assim como possibilitar um trabalho de criação menos restrito às desigualdades e hierarquias existentes entre os profissionais

De modo geral, sem a pretensão de oferecermos uma resposta definitiva à questão das desigualdades – um problema que abrange aspectos sociais, econômicos e de políticas públicas – entendemos ser importante que uma perspectiva psicanalítica da consulta conjunta no Brasil busque considerar, ao envolver outro profissional nesta prática, as dimensões da diferença salarial e de status, de modo a não silenciar ou constituir um pacto denegativo entorno delas.

⁹⁰ Embora fuja o escopo de discussão da tese, consideramos aqui a centralidade da transferência com a tarefa, nos termos desenvolvidos por Castanho (2018b).

⁹¹ Desenvolvemos uma hipótese semelhante a este no capítulo “*La problématique du jeu dans les groupes opératifs*” (CASTANHO; VIEIRA, 2021).

7. CONCLUSÃO: BALIZADORES CLÍNICO-INSTITUCIONAIS PARA A PRÁTICA DA CONSULTA CONJUNTA

Ao longo de nosso trabalho, buscamos compreender, a partir da psicanálise, as possibilidades e limites da consulta conjunta no âmbito da APS. Para tanto, realizamos um percurso de investigação que teve por base nossa experiência como psicólogo no apoio matricial junto a algumas EqSF, o que permitiu a reflexão *a posteriori* de situações clínico-institucionais de consulta conjunta e a leitura problematizadora da obra de alguns psicanalistas.

Em nossa trajetória de pesquisa consideramos ter identificado algumas ideias que possuem maior centralidade e, deste modo, possível relevância a diferentes contextos de trabalho na APS do SUS. Apresentaremos estas ideias como balizadores para a prática da consulta, tomando aqui os termos “balizador” e “baliza” no sentido de um ponto de referência para o posicionamento de um sujeito que conduz um movimento (p.ex. um navegador ou motorista) (HOUAISS; VILLAR, 2009a, 2009b). Desta forma, quando o sujeito realiza um novo movimento, o uso das balizas poderá ser semelhante, mas nunca será totalmente idêntico. Partindo desta acepção de “baliza”, apresentaremos ideias que podem ser usadas como referência para possíveis “movimentos” por parte dos sujeitos-profissionais na prática das consultas conjuntas em contexto institucional.

Dentre os cinco balizadores que abordaremos no capítulo, alguns são conceitos psicanalíticos transpostos de outras práticas clínicas, ao passo que outros são ideias orientadoras mais gerais. Cada balizador será apresentado resgatando elementos metapsicológicos discutidos ao longo da tese, assim como enfatizará alguns aspectos de relevância em termos clínico-institucionais. Na discussão de alguns dos balizadores serão inseridas ainda contribuições para a dimensão da gestão, visto serem aspectos sobre os quais o psicólogo, ao atuar no apoio matricial, pode não ter grande governabilidade.

É importante salientar que não consideramos os balizadores propostos como uma lista de normas, ou mesmo uma “receita” para o sucesso de uma consulta conjunta, mas como pontos de referência que se destacaram como suficientemente “estáveis”, a fim de serem usados – ou, em uma lógica winnicottiana, des-construídos – por psicólogos ou outros profissionais matriciadores de saúde mental. Deste modo, esperamos que os balizadores apresentados a seguir não restrinjam, mas promovam

novos posicionamentos, podendo ainda subsidiar a produção de balizadores diferentes a partir de outros cenários clínico-institucionais.

7.1.A RELAÇÃO COMO PARTE DO TRATAMENTO: A IMPORTÂNCIA DA TRANSFERÊNCIA COM O(S) PROFISSIONAL(IS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ao longo do trabalho pudemos abordar a importância da transferência e da contratransferência na relação entre o paciente e os profissionais da APS na obra de diferentes psicanalistas. Neste contexto, algumas concepções teórico-clínicas psicanalíticas puderam ser destacadas: a ideia de que a relação do paciente com o médico é o “remédio mais eficaz” na clínica geral (Ferenczi e M. Balint), a noção de “diplomacia psicológica” no manejo do clínico geral com o paciente (Ferenczi), a “companhia de investimento mútuo” entre médico de família e paciente (M. Balint), assim como o papel de *holding* do médico de família em relação ao paciente e a comunidade (Winnicott). Ao abordarmos duas experiências contemporâneas (PCPCS e Universidade La Sapienza), verificamos que a relação transfero-contratransferencial entre paciente e profissional é um aspecto central nestas propostas psicanalíticas de consultas conjuntas. Tendo em vista a dimensão do trabalho em equipe na APS do SUS, consideramos também algumas especificidades das configurações transferenciais que se estabelecem entre o paciente e os diferentes profissionais da equipe de saúde, fundamentando-nos especialmente em Main, Pinel e Kaës.

Em diálogo com as perspectivas teórico-clínicas acima, discutimos algumas vinhetas que abordam aspectos importantes concernentes à relação transfero-contratransferencial. Já na introdução de nosso trabalho, apresentamos o caso de Letícia, no qual um laço transfero-contratransferencial importante entre a paciente e uma técnica de enfermagem possibilitou nossa entrada em um trabalho profissional conjunto de cuidado à criança.

Ao longo do trabalho, abordamos também algumas possibilidades de configuração transferencial entre paciente e profissionais participantes da consulta conjunta. A vinheta de Elisa permitiu discutir a difração da transferência entre os dois profissionais – neste episódio, principalmente entre amor e agressão/hostilidade –, elemento que foi fundamental para a compreensão e manejo clínico da adolescente. O caso de Vilma, por sua vez, destacou-se pela transferência de uma paciente não-neurótica ao “objeto dupla/casal profissional”, o que indica que a presença de dois

profissionais na consulta não é algo neutro em termos transferenciais, podendo ser tematizado (e usado) de modo importante por alguns pacientes. O caso de Andrea permitiu abordar os limites de se “transferir” uma transferência, problemática especialmente importante nas situações em que a consulta conjunta é utilizada para a transição de profissional de referência de um(a) paciente. Algumas outras vinhetas nas quais a resposta intertransferencial entre profissionais é um aspecto de especial ênfase serão, por sua vez, abordados no próximo balizador apresentado.

A partir dos elementos acima, consideramos que as diferentes configurações transferenciais implicadas na consulta conjunta indicam para a relevância de que esta prática possa ser pensada, em termos psicanalíticos, sob o crivo da(s) transferência(s). Logo, ao invés de se recorrer à consulta conjunta pela razão de um “fluxo eficiente da fila de casos”, a contribuição da psicanálise poderia ser a de colocar em foco o próprio “fluxo das transferências” entre paciente e profissional(is).

7.2. OS RISCOS DO CONLUIO INCONSCIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS

Em diferentes momentos de nosso trabalho, discutimos sobre como a transferência entre os profissionais poderia afetar as possibilidades de pensar e cuidar conjuntamente de um paciente. Neste sentido, a partir da releitura kaësiana do caso Emma, abordamos a possibilidade de as alianças inconscientes que sustentavam o vínculo entre Freud e Fliess terem constituído um pacto denegativo, no qual os dois médicos se juntaram para não reconhecer um erro cirúrgico cometido pelo último profissional. Conforme abordamos ao longo da tese, a noção de “conluio do anonimato” (M. Balint), construída na interface entre psicanálise e APS, também tematiza os efeitos iatrogênicos no paciente daquilo que é silenciado e não trabalhado entre os profissionais. A partir da vinheta de Douglas, também abordamos a possibilidade de o alcance da consulta conjunta ser restringido pelo pacto denegativo, no qual as alianças inconscientes entre os profissionais exigem que elementos importantes não possam ser pensados (ou escutados) na consulta.

Além dos elementos apresentados no parágrafo acima, exploramos também a participação de alguns pacientes como coprodutores da situação de fragmentação e conflito entre os profissionais. Conforme pudemos analisar, esta concepção se faz presente como um dos aspectos do “conluio do anonimato” (M. Balint), mas é especialmente enfatizada nas ideias de “dispersão dos agentes responsáveis”

(Winnicott) e de cisão/divisão da equipe no cuidado de pacientes difíceis (Main, Pinel). Estas problemáticas foram especialmente abordadas nas vinhetas de Lucio e Elena, nas quais o recurso quase imediato à consulta conjunta pode ter sido efeito de uma dificuldade de pensar os casos em sua singularidade, não se constituindo, deste modo, como uma proposta clínica ponderada a partir das características específicas daquela situação clínica.

Os elementos apresentados nos parágrafos acima podem ser correlacionados ao conceito kaësiano de intertransferência, contribuição da psicanálise que possui importância central para o manejo da consulta conjunta em contexto clínico-institucional. Conforme abordamos nas três vinhetas acima mencionadas e em alguns outros casos trabalhados na tese, os diferentes efeitos contratransferenciais do paciente em cada integrante da dupla de profissionais – ou em alguns casos, do conjunto de trabalhadores do serviço – produz configurações intertransferenciais que se fazem presentes na consulta conjunta. Deste modo, em uma perspectiva psicanalítica clínico-institucional, a consulta conjunta não seria meramente uma variação da consulta individual, mas um contexto de trabalho intersubjetivo permeado pelas alianças psíquicas (conscientes e inconscientes) entre os profissionais.

7.3.A SUSTENTAÇÃO DE ESPAÇOS DE TROCA ENTRE OS PROFISSIONAIS COMO PRÉ-CONDIÇÃO DO “PENSAR JUNTO”

Uma consequência da presença da intertransferência na consulta conjunta consiste na importância de os profissionais colocarem suas relações interprofissionais em análise e trabalho. Esta concepção tem proximidade com a perspectiva balintiana de os profissionais lidarem com o possível “conluio do anonimato” ao discutirem entre si os pacientes que acompanham concomitantemente. Além disso, este terceiro balizador também diz respeito à importância de os profissionais constituírem espaços coletivos de elaboração dos impactos subjetivos do trabalho em equipe na instituição (Main, Pinel). Neste sentido, as vinhetas dos casos de Elena e de Lucio desvelam a importância de a consulta conjunta não ser realizada em substituição às discussões de equipe, mas possa emergir como uma escolha clínica da equipe a partir de um processo no qual os profissionais colocam em análise e trabalho suas possíveis dificuldades e questões.

Ao longo da tese, indicamos a importância da sustentação de espaços de trocas formais entre os profissionais – como as reuniões de equipe de saúde –, mas também ressaltamos como fundamentais as trocas nos espaços informais ou intersticiais (Roussillon), a exemplo dos corredores ou da copa. A partir da vinheta de Mario, discutimos sobre como as trocas de ideias e afetos nos espaços intersticiais do serviço podem ter contribuído para a constituição das pré-condições intersubjetivas do “pensar junto” nas consultas. Neste ponto, além de um balizador clínico – que pode se fazer útil ao psicólogo na APS – entendemos haver também uma possível contribuição para os gestores, visto que as trocas nos espaços informais, consideradas frequentemente como improdutivas na contemporaneidade, seriam fundamentais para uma “produtividade dos vínculos” (Furstier), essencial ao trabalho partilhado.

A discussão entorno do “pensar junto” também traz à baila a importância de que os espaços de trocas (formais e informais) sejam considerados pelo psicólogo no sentido de uma “diferença produtiva” no apoio matricial junto à equipe. Neste contexto, salientamos que a concepção de “terceiro interno” pode auxiliar o psicólogo a se inserir em posição de diferença em relação à “função apostólica da equipe” de saúde – noção proposta em nosso trabalho com base em conceitos de Balint e Kaës. Em nossa perspectiva, tal “lugar” ou “posição terceira” seria fundamental para que a consulta conjunta se constitua como momento de criação e emergência do “novo” na condução partilhada dos casos. Além disso, destacamos outra contribuição aos profissionais matriciadores, mas também relevante aos gestores: a importância da presença de “terceiros externos” em alguns dos espaços de trocas, a exemplo de supervisores clínico-institucionais ou de pessoas advindas da universidade, conforme discutimos no caso de Douglas por meio da diferença de perspectiva trazida pela residente de saúde mental.

7.4. A DIMENSÃO FORMATIVA DA CONSULTA CONJUNTA E SEUS IMPACTOS SUBJETIVOS NOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

A dimensão de formação profissional inerente à proposta da consulta conjunta no apoio matricial do SUS foi introduzida em nosso trabalho a partir de uma tensão com a perspectiva freudiana acerca da impossibilidade de se “ensinar” psicanálise em termos conceituais ou acadêmicos. Considerando como fundamental tal premissa

freudiana, debatemos com alguns autores psicanalistas sobre o que seria possível ou pertinente em termos de uma transmissão/intercâmbio de saberes por meio da consulta conjunta na APS. Como contribuição da interação entre psicanálise e medicina de família, destacamos a proposta de Ferenczi sobre uma “formação prática” que pudesse favorecer uma “diplomacia psicológica” no clínico geral, assim como a concepção de Enid e Michael Balint de uma modificação limitada, porém considerável, na personalidade do médico. Também identificamos nos relatos de diferentes profissionais que participaram de consultas de Winnicott o testemunho da transmissão de um “saber ser” relacional, que se expressava em um estilo clínico e de abertura para a comunicação significativa do paciente. Neste sentido, abordamos nas vinhetas dos pacientes Ana e Carla a possibilidade da transmissão de algo de nossa experiência clínica que, em nossa perspectiva, ampliou o escopo de intervenção dos profissionais participantes nas consultas conjuntas.

Outro aspecto importante acerca da dimensão formativa da consulta conjunta consiste no fato de esta não consistir apenas em uma atividade de capacitação profissional, mas também em uma experiência que mobiliza aspectos subjetivos do trabalhador. Encontramos na expressão “(de)formação profissional” (Kaës) uma noção de grande valor para as discontinuidades e possíveis sofrimentos implicados no processo de ampliação do escopo clínico de um profissional generalista, que se dispõe a escutar pacientes com queixas de sofrimento psíquico na APS. Neste sentido, Main e alguns dos profissionais do PCPCS enfatizam o impacto especial vivido pelos profissionais generalistas da APS devido à posição de “linha de frente” do sistema de saúde, assim como os impasses relativos ao vínculo longitudinal e de cuidado “integral” com os pacientes (que não tem “alta” da APS).

Consideramos também, desde a introdução de nosso trabalho, a possível dimensão (de)formativa da prática da consulta conjunta para o próprio psicólogo, tendo em vista a dimensão inquietante, ou “estranho-familiar”, desse arranjo clínico. Neste sentido, consideramos que, em nossa experiência, a interação com “saberes” e “fazeres” de outros profissionais consistiu em elemento de descoberta e enriquecimento, mas implicou igualmente indagações e sofrimentos referentes à nossa identidade profissional e posicionamento clínico na consulta conjunta.

7.5.AS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS PERPASSADAS POR ASSIMETRIAS E DESIGUALDADES

Embora consideremos a relevância da horizontalidade na relação interprofissional como importante diretriz do apoio matricial e da consulta conjunta no SUS, não podemos tomá-la como uma realidade ou fato evidente em termos psicanalíticos. Neste sentido, consideramos importante enfatizar duas dimensões que tensionam a horizontalidade na consulta conjunta: a assimetria e a desigualdade.

Em uma perspectiva psicanalítica, que concebe as relações no contexto clínico-institucional como perpassadas pela transferência, sempre haverá algum nível de assimetria entre os profissionais participantes de uma intervenção clínica conjunta, elemento relacionado, entre outros fatores, à possível presunção, por parte de um profissional, acerca de um “suposto saber” por parte do outro.

Uma segunda dimensão que tensiona o princípio da horizontalidade consiste nas profundas desigualdades sociais inerentes ao capitalismo, o que implica em diferenças salariais e de status importantes entre os profissionais do campo da saúde. Acrescenta-se a isso no Brasil as desigualdades relativas também ao “poder exacerbado” que constituem um “mal desnecessário” nas instituições (Pellegrino, Castanho), o que pode se desdobrar em relações de opressão entre categorias profissionais nos serviços de saúde.

Deste modo, a horizontalidade preconizada para a consulta conjunta não é, em uma perspectiva psicanalítica, algo estanque ou definido por princípio, mas pode se constituir em horizonte de atuação. Uma contribuição psicanalítica para os profissionais matriciadores, mas especialmente aos gestores na APS, consiste na importância de se considerar (e não negar) a presença das assimetrias e das desigualdades no contexto institucional. Neste sentido, consideramos que os espaços de trocas formais e informais entre os profissionais podem facilitar um trabalho intersubjetivo que fomente o intercâmbio de saberes e posições, em alguma medida, a reconfiguração das relações entre os trabalhadores.

Com base nos cinco balizadores apresentados acima, podemos sintetizar que nem sempre dois profissionais pensam melhor do que um. Este elemento foi destacado em nosso trabalho especialmente como decorrência do pacto denegativo (Kaës), quando dois profissionais se juntam para manter algo fora da consciência. Além disso, as relações de poder também implicam em limites para a liberdade e

capacidade de pensar. Deste modo, estar avisado da presença do pacto denegativo, assim como das possíveis relações de poder, pode auxiliar o psicólogo a se reposicionar na prática do apoio matricial em contexto institucional.

A partir dos balizadores acima, podemos também considerar que nem sempre dois profissionais cuidam melhor do que um. Neste sentido, Winnicott e o casal Balint destacam a importância de o paciente ser cuidado de forma integradora por uma pessoa, o que indica o risco de fragmentação no cuidado quando o vínculo longitudinal com o profissional de referência não é considerado. Além disso, discutimos ao longo do trabalho sobre o potencial iatrogênico de um profissional estar “presente-ausente” na consulta conjunta, não se implicando subjetivamente na escuta do paciente. Assim, entendemos que a consulta conjunta possui maior potencialidade clínica quando composta por um profissional generalista que indica, em algum nível, desejo de escutar e participar como potencial referência de cuidado.

Em nossa perspectiva, as ideias apresentadas por meio dos balizadores são importantes para o psicólogo no apoio matricial, mas também dependem de uma condição de trabalho que permita ao profissional colocar-se em análise e reflexão sobre sua atuação na instituição. Neste sentido, como contribuição geral em termos de gestão, acrescentamos a importância de um arranjo de trabalho no apoio matricial que seja suficientemente estável (em termos de vínculo empregatício) e flexível (em termos de criação), para que o uso da consulta conjunta pelos profissionais possa ser efetivamente pensado.

Deste modo, sem buscar oferecer uma resposta definitiva à pergunta título de nosso trabalho, propomos os balizadores acima como subsídios para uma decisão crítica por parte de psicólogos e outros profissionais que atuam no matriciamento em saúde mental, buscando fomentar posicionamentos singulares diante de cada caso e/ou situação clínico-institucional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos balizadores propostos em nossa conclusão, consideramos importante destacar ainda alguns achados importantes em nosso processo de pesquisa, indicar caminhos possíveis de investigação e apresentar algumas reflexões sobre o nosso trabalho no atual contexto social e político.

Conforme abordamos na introdução da tese, a nossa metodologia de pesquisa foi composta por quatro vias: a participação no grupo de pesquisa (CLIGIAP); a reflexão *a posteriori* da experiência clínico-institucional; a leitura de textos psicanalíticos a partir de categorias heurísticas da psicanálise (Mezan) e de um trabalho de desligação (Green); e a perspectiva de interações e tensionamentos mútuos entre psicanálise e saúde coletiva. Consideramos que este percurso complexo possibilitou, além da proposição dos balizadores para a prática da consulta conjunta na APS, novos olhares sobre as obras dos psicanalistas estudados, assim como perspectivas fecundas de investigação teórica futuras.

Em termos de contribuições para a psicanálise, gostaríamos de destacar dois aportes de nossa pesquisa. O primeiro deles consiste em explorar as condições intersubjetivas e interdisciplinares na construção de algumas ideias psicanalíticas, tendo especial destaque as contribuições que foram realizadas no trabalho conjunto entre Michael e Enid Balint e entre Clare e Donald Winnicott, relações pessoais e profissionais nas quais a psicanálise foi colocada em interação produtiva com o campo da saúde e da assistência social. Fazendo uso ampliado de uma terminologia proposta por Soreanu (2019), podemos considerar que parte do trabalho comumente atribuído a Michael Balint e a Donald Winnicott é, em realidade, produto de “díades criativas”, nas quais a psicanálise se colocou em circulação e transformação. Além disso, o percurso da tese também possibilitou identificar outros encontros que estiveram na origem de colaborações e tensionamentos produtivos para a psicanálise (p.ex. entre Freud e Ferenczi, entre M. Balint e D. Winnicott, entre M. Balint e T. Main). Estes elementos identificados ao longo da pesquisa de doutorado vêm também ao encontro da perspectiva de Kaës acerca de uma matriz grupal e intersubjetiva na emergência de ideias e conceitos na história da psicanálise (KAËS, 1994a; 1994b).

Como segunda contribuição, destacamos que a prática clínica da consulta conjunta nos levou a investigar e problematizar o fato – geralmente legado ao “esquecimento” – de as consultas de Winnicott no hospital Paddington Green serem

frequentadas por profissionais de dentro e de fora da instituição, sendo alguns destes encontros fruto de uma condução colaborativa dos casos. Esta discussão, que constituiu um aporte de nosso trabalho à literatura brasileira sobre Winnicott, permite um olhar ampliado para a consulta terapêutica, tornando-a uma referência ainda mais relevante para pensar o trabalho multiprofissional em diferentes políticas públicas e instituições de cuidado. Além disso, a experiência clínica na APS também possibilitou enfatizar elementos das obras de Ferenczi, Michael e Enid Balint e Tom Main, especialmente acerca da interação entre psicanálise e APS, que são pouco abordadas na literatura brasileira.

Além das contribuições psicanalíticas enfatizadas acima, o doutorado viabilizou a abertura de alguns horizontes de pesquisa e aprofundamento. Ao longo da construção da tese, tornou-se evidente que a consulta conjunta emergiu como questão de inquietação e investigação por se constituir como “palco” no qual os encontros e desencontros entre psicanálise e saúde coletiva eram encenados com maior evidência que em outras situações do apoio matricial. A pesquisa de doutorado possibilitou abordarmos algo dos “bastidores” da consulta conjunta em termos da relação do psicólogo com as EqSF, mas tal problemática exige aprofundamento em trabalhos futuros. Neste sentido, destacamos o delineamento da noção de “função apostólica de equipe” em nossa tese, proposta que exigirá uma elaboração entorno de outros aspectos do apoio matricial, assim como uma articulação teórico-clínica mais ampla, especialmente nas obras do casal Balint e de Kaës.

Por fim, consideramos importante apresentar algumas reflexões sobre a produção – e possível recepção – de nosso trabalho no atual cenário social e político. Conforme indicamos no início da tese, as mudanças ocorridas a partir de 2017, e aprofundadas ao longo da presidência de Jair Bolsonaro, vêm flexibilizando os modelos de equipes da APS e enfraquecendo as possibilidades de financiamento na contratação de psicólogos (e outros profissionais relacionados ao matriciamento em saúde mental). De acordo com Giovanella, Franco e Almeida (2020, p. 1477), com as alterações ocorridas nas políticas de APS brasileiras nos últimos anos, “a própria ideia de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF deixou de ser incentivada e em médio prazo tende a desaparecer, substituída por equipes cuja composição conste um profissional médico e um enfermeiro”.

Diante do cenário brasileiro enunciado no parágrafo acima, consideramos importante apresentar duas reflexões a partir de nossa investigação. A primeira refere-se à grande relevância da participação do psicólogo (e outros matriciadores em saúde mental) em consultas conjuntas com os profissionais das EqSF. Neste sentido, nossa pesquisa contribui ao colocar em cena e de maneira vívida alguns efeitos da ampliação do escopo clínico dos profissionais generalistas da APS a partir da intervenção conjunta. Deste modo, além de buscar contribuir aos psicólogos de orientação psicanalítica que seguem – e resistem – na atuação em municípios que mantiveram o modelo do apoio matricial, consideramos que nosso trabalho reforça a relevância clínica da presença de matriciadores de saúde mental no âmbito da APS.

A segunda reflexão consiste na pertinência de nosso trabalho para as intervenções conjuntas em práticas institucionais distintas da APS. Encontram-se atualmente psicólogos e outros profissionais de cuidado referenciados pela psicanálise realizando consultas ou outras modalidades de entrevista conjunta em diversas instituições de cuidado na saúde, assistência ou proteção social. Neste sentido, atentando-se para as eventuais diferenças entre estes serviços e a APS, esperamos que o leitor inserido nestes diferentes âmbitos institucionais possa “traduzir” e fazer uso dos balizadores e da discussão teórica-clínica de nosso trabalho, encontrando-criando sentidos para cada contexto singular de atuação profissional.

9. REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: Dicionário de palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

_____. The evolution of Winnicott's theoretical matrix. In: ABRAM, J. (Org.). **Donald Winnicott today**. East Sussex: Routledge, 2013. p. 73–112.

ALEXANDER, S. Primary Maternal Preoccupation: D. W. Winnicott and Social Democracy in Mid-Twentieth-Century Britain. In: TAYLOR, B.; ALEXANDER, S. (Orgs.). **History and Psyche**: Culture, Psychoanalysis, and the Past. New York: Palgrave Macmillan US, 2012. p. 149–172.

_____. D.W. Winnicott and the social democratic vision. In: FFYTCHÉ, M.; PICK, D. (Orgs.). **Psychoanalysis in the Age of Totalitarianism**. London: Routledge, 2016. p. 114–130.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2006. p. 783–836.

ANZIEU, D. Illusion groupale. In: CAILLOT, J.-P.; DECOBERT, S.; PIGOTT, C. (Eds.). **Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale**. Paris: Collège de psychanalyse groupale et familiale, 1998a. p. 133–137.

_____. La découverte du sens des rêves. In: _____. **L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse**. Paris: Presses Universitaires de France, 1998b. p. 33–92.

BALINT, E. A portrait of Michael Balint: the development of his ideas on the use of the drug "doctor". **Psychiatry in Medicine**, v. 5, n. 3, p. 211–222, 1974.

_____. The history of training and research in Balint groups. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 1, n. 2, p. 1–9, 1985.

_____. A técnica do "flash" - sua liberdade e sua disciplina. In: _____.; NORELL, J. S. (Orgs.). **Seis minutos para o paciente**: estudos sobre as interações na consulta da clínica geral. São Paulo: Manole, 1986a. p. 19–25.

_____.; BALINT, M. Dynamics of Training in Groups for Psychotherapy. **British Journal of Medical Psychology**, v. 28, n. 2–3, p. 135–143, 1955.

BALINT, M. **The doctor, his patient and the illness**. New York: International Universities Press, 1957.

_____. Research in Psychotherapy and the Importance of the Findings for Psychoanalysis. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 21, n. 1, p. 9–27, 1973.

_____. Pesquisa em psicoterapia. In: BALINT, E.; NORELL, J. S. (Orgs.). **Seis**

minutos para o paciente: estudos sobre as interações na consulta da clínica geral. São Paulo: Manole, 1986b. p. 1–18.

_____. **O médico, seu paciente e a doença.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

_____. The crisis of medical practice. **American Journal of Psychoanalysis**, v. 62, n. 1, p. 7–15, 2002.

_____. Prefácio. In: FERENCZI, S. **Obras Completas – Psicanálise I.** 2a ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. VII–X.

BAR-HAIM, S. ‘The Drug Doctor’: Michael Balint and the Revival of General Practice in Postwar Britain. **History Workshop Journal**, v. 86, n. 86, p. 114–132, 2018.

_____. The Psychoanalytic Languages: On the Intimate Rivalry of Michael Balint and D.W. Winnicott. **Psychoanalysis and History**, v. 21, n. 1, p. 73–103, 2019.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 610–613, 2011.

BEER, P.; FRANCO, W. Da indissociabilidade entre clínica e política em psicanálise. **Affectio Societatis**, v. 14, n. 27, p. 157–179, 2017.

BETHENOD, I. *et al.* Un mode de consultation innovant: le binôme médecin-psychanalyste. In: FRITZ, M.-T.; TRICOT, M. (Orgs.). **L’enfant, le médecin et le psychanalyste: une aventure partagée en Protection maternelle et infantile.** Toulouse: Érès, 2016. p. 219–224.

BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: _____. **Temas de psicologia entrevista e grupos.** 2.ed. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985. p. 101–122.

BONNEFOY, G.; CHARLES, R. Dispositif de “double-portage” ambulatoire: exemple d’une collaboration médecin généraliste et psychologue. In: CICCONE, A. (Org.). **Aux frontières de la psychanalyse.** Paris: Dunod, 2018. p. 237–252.

BRAFMAN, A. H. Winnicott’s Therapeutic Consultations revisited. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 78, n. 4, p. 773–787, 1997.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 25 jan. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mai 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRITTON, C. Casework Techniques in Child Care Services. **Social Casework**, v. 36, n. 1, p. 3–13, 1955.

BROIDE, J. Prefácio. In: DANTO, E. A. **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social**. São Paulo: Perspectiva, 2019. p. XIII–XVIII.

BROOK, A. An experiment in general practioner-psychiatrist co-operation. **The Journal of the College of General Practitioners**, v. 13, n. 1, p. 127–131, 1967.

BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o Caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). **Sistemas de saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 61–102.

CAMPOS, G. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 2019–230, 2000.

_____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: São Paulo Hucitec, 2003a. p. 51–67.

_____. Construção de uma filosofia da prática em saúde. Método Paideia. In: _____. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: São Paulo Hucitec, 2003b. p. 9–18.

_____. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: _____. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: São Paulo Hucitec, 2003c. p. 68–77.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 47–55, 2009.

_____. Possibilidades de uma clínica do sujeito na atenção primária à saúde (APS). In: VOLICH, R. M.; RANÑA, W.; LABAKI, M. E. P. (Orgs.). **Psicossoma V: Integração, desintegração e limites**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. p. 447–470.

_____.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CARRINGTON, A.; ROCK, B.; STERN, J. Psychoanalytic thinking in primary care: The Tavistock Psychotherapy Consultation model. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 26, n. 2, p. 102–120, 2012.

CASSULLO, G. Ferenczi before Freud. In: DIMITRIJEVIC, A.; CASSULLO, G.; FRANKEL, J. (Orgs.). **Ferenczi's Influence on Contemporary Psychoanalytic Traditions**. Oxon / New York: Routledge, 2018. p. 18–25.

CASTANHO, P. Sobre o conceito de intertransferência (ou a contribuição de René Kaës para a problemática da contratransferência no trabalho em equipe). **Jornal de Psicanálise**, v. 48, n. 88, p. 111–120, 2015.

_____. A noção de libertação em Paulo Freire e o trabalho psicanalítico de grupo. **Vínculo – Revista do NESME**, v. 13, n. 2, p. 66–76, 2016.

_____. Une approche latino-américaine du groupe pour mettre au travail le legs psychique de la colonisation et la violence qui en découle. In: SIROTA, A. (Orgs.). **Violences entre générations: transformation ou répétition**. Paris: Le Manuscrit Eds, 2017. p. 153–174.

_____. O “poder exacerbado” no Brasil e algumas de suas ressonâncias para a infância e juventude. In: ROSA, M. D.; COSTA, A. M. M.; PRUDENTE, S. (Eds.). **As escritas do ódio**. São Paulo: Escuta / FAPESP, 2018a. p. 321–343.

_____. **Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições**. São Paulo: Linear B Editora, 2018b.

_____. Sobre a perspectiva psicanalítica de grupo francesa: três importantes aportes. In: SANTEIRO, T. V.; FERNANDES, B. S.; FERNANDES, W. J. (Orgs.). **Clínica de grupos da orientação psicanalítica: teorias, praticas e pesquisas**. Londrina: Clínica Psicológica, Universidade Estadual de Londrina, 2021. p. 205–224.

_____.; GAILLARD, G. Paulo Freire, la notion de libération, la clinique des groupes et l'appropriation subjective. **Nouvelle revue de psychosociologie**, v. 23, n. 1, p. 197, 2017.

_____.; VIEIRA, G. La problématique du jeu dans les groupes opératifs. In: ROUSSILLON, R.; BRUN, A. (Orgs.). **Jeu et médiations thérapeutiques: Évaluer et construire les dispositifs de soin psychiques**. Paris: Dunod, 2021. p. 219–231.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Eds.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2a. ed. Rio

de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2008. p. 162–168.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 31–39, 2015.

CHAZAN, L. F. *et al.* Trabalho colaborativo em saúde mental. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n. 3, p. 253–260, 2017.

_____. *et al.* O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis**, v. 29, n. 2, p. e290212, 2019.

_____.; FORTES, S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Apoio matricial em saúde mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência e Saude Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3251–3260, 2020.

CHETTIAR, T. Democratizing mental health: Motherhood, therapeutic community and the emergence of the psychiatric family at the Cassel Hospital in post-Second World War Britain. **History of the Human Sciences**, v. 25, n. 5, p. 107–122, 2012.

CHEVNIK, M. La interconsulta médico-psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible. In: BEKEI, M. (Org.). **Lecturas de lo psicossomático**. Buenos Aires: Lugar, 1991. p. 169–183.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde / Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CLANCIER, A.; KALMANOVITCH, J. Entretiens. In: _____. **Le paradoxe de Winnicott**: de la naissance à la création. Paris: Payot, 1984. p. 169-228

COELHO JUNIOR, N. E. A matriz ferencziana. In: FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. (Orgs.). **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura**: matrizes e modelos em psicanálise. São Paulo: Blucher, 2018. p. 117–186.

COHEN, M. C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200462, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200462>. Acesso em: 30 jun. 2021.

COLOSIO, R.; FERNANDES, M. I. A. Vínculo e instituição como temas básicos da abordagem psicanalítica na formação e no trabalho do psicólogo em instituições públicas. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 284–293, 2014.

CONRAN, M. B. The patient in hospital. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 22, n. 1, p. 7–19, 2008.

COOMBE, P. The Northfield Experiments—a reappraisal 70 Years On. **Group Analysis**, v. 53, n. 2, p. 162–176, 2020.

DANTO, E. A. **As clínicas públicas de Freud**: psicanálise e justiça social. São Paulo:

Perspectiva, 2019.

DAVIS, J. Winnicott as physician. **Winnicott Studies**, v. 7, p. 95–97, 1993.

DE LAMBERT, L. Postscript to “Classic Balint Group Work and the thinking of W.R. Bion: How Balint work increases the ability to think one’s own thoughts” by Ulrich R  th. **Group Analysis**, v. 43, n. 1, p. 86–89, 2010.

DECOBERT, S.; SOULÉ, M. La notion de couple thérapeutique:    propos de l’expérience d’un couple de thérapeutes dans un groupe de couples. **Revue francaise de psychoanalyse**, v. 36, n. 1, p. 83–110, 1972.

DETHIVILLE, L. **La clinique de Winnicott**. Paris: CampagnePremi  re, 2013.

DOCKAR-DRYSDALE, B. Memories of Donald Winnicott. **Journal of Child Psychotherapy**, v. 22, n. 3, p. 402–403, 1996.

DUPONT, J. Qu’est-ce que l’état de santé? Le point de vue de Michael Balint. **Revue Francaise de Psychosomatique**, v. 36, n. 2, p. 115–127, 2009.

ELDER, A. Enid Balint’s contribution to general practice. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 10, n. 2, p. 101–108, 1996.

_____. Building on the work of Alexis Brook: Further thoughts about brief psychotherapy in primary care. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 23, n. 4, p. 307–320, 2009.

FARIAS, R. M. S. Os desafios da implementa  o da aten  o básica em saúde mental. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Ed.). **NASF - Núcleo de apoio    saúde da família**. São Paulo: CRP/SP, 2009. p. 23-29.

FERENCZI, S. Deux erreurs de diagnostic. In: _____. **Les   crits de Budapest**. Paris: E.P.E.L., 1994. p. 82–86.

_____. [Carta] 1. In: FALZEDER, E.; BRABANT, E.; GIAMPIERI-DEUTSCH, P. (Eds.). **The Correspondence of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi - Volume 1 (1908 – 1914)**. Cambridge, MA / London: Harvard University Press, 1993a. p. 1–2.

_____. [Carta] 1057. In: FALZEDER, E.; BRABANT, E.; GIAMPIERI-DEUTSCH, P. (Eds.). **The Correspondence of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi - Volume 3, 1920 - 1933**. Cambridge, MA / London: Harvard University Press, 1993b. p. 255–256.

_____. A elasticidade da técnica psicanalítica. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise VI**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011a. p. 29–42.

_____. A psicanálise a serviço do clínico geral. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise III**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011b. p. 227–238.

_____. A técnica psicanalítica. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise II**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011c. p. 407–420.

_____. Apresentação sumária da psicanálise. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise VI**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011d. p. 137–188.

_____. As neuroses à luz do ensino de Freud e da psicanálise. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise I**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011e. p. 5–25.

_____. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise IV**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011f. p. 111–121.

_____. Psicanálise e pedagogia. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise I**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011g. p. 39–44.

_____. Transferência e Introjção. In: _____. **Obras Completas - Psicanálise I**. 2a ed. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011h. p. 87–124.

_____.; RANK, O. **The Development of PsychoAnalysis**. New York / Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Company, 1925.

FIGUEIREDO, L. C. A tradição ferencziana de Donald Winnicott: apontamentos sobre a regressão e regressão terapêutica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 36, n. 4, p. 909–927, 2002.

_____. Psicanálise e clínica contemporânea. In: _____. **As diversas faces do cuidar**. 2a. ed. São Paulo: Escuta, 2012. p. 13–23.

_____. Cuidado e saúde: uma visão integrada. In: _____. **Cuidado, saúde e cultura: Trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante**. São Paulo: Escuta, 2014. p. 9–30.

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 76–87, 2015.

FORRESTER, J. On holding as metaphor: Winnicott and the figure of St Christopher. In: RICHARDS, V.; WILCE, G. (Org.). **Fathers, family and the outside world**. London: Karnac, 1997. p. 41–58.

FORTES, S.; FURLANETTO, L. M.; CHAZAN, L. F. Modelo para a implantação da interconsulta e conjunta conjunta com a Equipe do Programa de Saúde da Família. **Boletim Científico - Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 4, online, 2005. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/boletim/>. Acesso em: 17 mai. 2018.

FREUD, S. A questão da análise leiga. In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. XX)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 175–248.

_____. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**

(vol. XI). Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 143–156.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. XVII)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. p. 173–181.

_____. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. XII)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. p. 175–188.

_____. Prefácio à “Juventude Desorientada”, de Aichhorn. In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. XIX)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. p. 307–308.

_____. Psicanálise silvestre. In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. XI)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. p. 223–239.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. XII)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. p. 123–133.

_____. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: STRACHEY, J. (Ed.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. XVII)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. p. 185–189.

FRITZ, M.-T. Histoire de la création d’une pratique conjointe originale: pédiatre-psychanalyste. In: _____.; TRICOT, M. (Orgs.). **L’enfant, le médecin et le psychanalyste: une aventure partagée en Protection maternelle et infantile**. Toulouse: Érès, 2016. p. 13–20.

FUSTIER, P. L’interstitiel et la fabrique de l’équipe. In: AMADO, G.; _____. (Eds.). **Faire équipe**. Toulouse: Érès, 2019. p. 165–182.

GAILLARD, G. Dar um lugar para a morte: os grupos instituídos e a presença destrutiva da pulsão de morte. In: ABUD, C. C. (Org.). **A subjetividades nos grupos e instituições: constituição, mediação e mudança**. Lisboa: Chiado Editora, 2015. p. 223–248.

GELLY, R. Aspectos teóricos do movimento Balint. In: MISSENARD, A. (Org.). **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 23–52.

GERSON, G. Winnicott and the History of Welfare State Thought in Britain. In: BOWKER, M. H.; BUZBY, A. (Eds.). **D.W. Winnicott and Political Theory: Recentering the Subject**. New York: Palgrave Macmillan, 2017. p. 311–332.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482,

2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

GREEN, A. Literatura e psicanálise: a desligação. In: LIMA, L. C. (Org.). **Teoria da literatura em suas fontes**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 221–252.

GURFINKEL, D. **Relações de objeto**. São Paulo: Blucher, 2017.

GUSTAFSON, J. P. Winnicott: Therapeutic Consultations. In: _____. **The Complex Secret of Brief Psychotherapy**. New York: Norton, 1986. p. 61–77.

HARD, E.; ROCK, B.; STERN, J. Paradigms, politics and pragmatics: psychotherapy in primary care in City and Hackney – a new model for the NHS. Part 2: operational model, practice and outcomes. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 29, n. 2, p. 139–159, 2015.

HEIMANN, P. On Counter-Transference. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. XII, n. 2, p. 81–84, 1950.

HESS, N.; LEWIS, E. Michael B. Conran (1924-2001). **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 16, n. 2, p. 173–176, 2002.

HONIG, B. The politics of public things: Neoliberalism and the routine of privatization. **No Foundations**, v. 10, n. 29–77, 2013.

HOPKINS, J. From baby games to let's pretend: the achievement of playing. In: KAHR, B. (Org.). **The Legacy of Winnicott: Essays on Infant and Child Mental Health**. London: Karnac, 2002. p. 91–99.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Baliza. In: _____. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009a. p. 249.

_____. Balizador. In: _____. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009b. p. 249.

ISAACS-ELMHIRST, S. Foreword. In: KAHR, B. **D. W. Winnicott: a bibliographical portrait**. London: Karnac, 1996. p. XV–XXII.

JAMES, M. Has Winnicott become a Winnicottian? In: SPELMAN, M.; THOMSON-SALO, F. (Orgs.). **The Winnicott Tradition: Lines of Development — Evolution of Theory and Practice over the Decades**. London: Karnac, 2015. p. 7–19.

JESUS, J. C. M. **Consulta conjunta em saúde mental: limites e possibilidades de uma estratégia de formação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) – Instituto de Educação em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

JOHNS, J. Thomas Forrest Main (25 February 1911-20 May 1990). **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 5, n. 1, p. 79–82, 1990.

_____. Alexis Brook, the good doctor. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 23, n. 4, p. 292–302, 2009.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: _____. *et al.* **A Instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 19–56.

_____. La matrice groupale de l'invention de la psychanalyse. Esquisse pour une analyse de premier cercle autour de Freud. In: _____. (Org.). **Les voies de la psyché: hommage à Didier Anzieu**. Paris: Dunod, 1994a. p. 373-392.

_____. **La parole et le lien: processus associatifs dans les groupes**. Paris: Dunod, 1994b.

_____. Introduction à l'analyse transitionnelle. In: _____. *et al.* **Crise, rupture et dépassement**. Paris: Dunod, 1997. p. 1–83.

_____. O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: CORREA, O. B. R. (Org.). **Vínculos e instituições: uma escuta psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 2002. p. 11–33.

_____. Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes. **Filigrane**, v. 13, n. 2, p. 5–15, 2004.

_____. Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels - Une introduction. In: _____. *et al.* **Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels**. Paris: Dunod, 2005. p. 1–50.

_____. Alliances inconscientes et interdit de penser. **Rhizome**, n. 31, p. 8–9, 2008. Disponível em: https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/rhizome_31-8_kaes.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

_____. **Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo**. São Paulo: Loyola, 2011.

_____. Pour inscrire la question du lien dans la psychanalyse. **Le Divan familial**, v. 15, n. 2, p. 73–94, 2012.

_____. **As alianças inconscientes**. São Paulo: Ideias e Letras, 2014.

_____. Les idéaux dans la formation et la « réaction narcissique négative ». **Le Divan familial**, v. 40, n. 1, p. 26, 2018.

KAHR, B. Winnicott's "Anni Horribiles": The Biographical Roots of "Hate in the Counter-Transference". **American Imago**, v. 68, n. 2, p. 173–211, 2011.

_____. "How to cure family disturbance": Enid Eichholz Balint and the creation of couple psychoanalysis. In: _____. **Bombs in the Consulting Room: Surviving Psychological Shrapnel**. London: Routledge, 2019a. p. 155–178.

_____. The first Mrs Winnicott and the second Mrs Winnicott: does psychoanalysis facilitate healthy marital choice? **Couple and Family Psychoanalysis**, v. 9, n. 2, p. 105–131, 2019b.

KANTER, J. “Let’s never ask him what to do”: Clare Britton’s transformative impact on Donald Winnicott. **American Imago**, v. 61, n. 4, p. 457–481, 2004a.

_____. Clare Winnicott: her life and legacy. In: _____. (Ed.). **Face to face with children: the life and work of Clare Winnicott**. London / New York: Karnac Books, 2004b. p. 1–95.

KATZ, C. S. **Psicanálise e instituição**. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1977.

KELLOND, J. “Present-day troubles”: Winnicott, counter-culture and critical theory today. **Psychoanalysis, Culture and Society**, v. 24, n. 3, p. 323–343, 2019.

KHAN, M. M. Introdução. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 11–54.

KUPERMANN, D. Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. **Jornal de Psicanálise**, v. 41, n. 75, p. 75–6, 2008.

LAFRAIA, L. M. **Espaço onírico e trabalho institucional: Condições do sonhar compartilhado das equipes em instituições de cuidado**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

_____.; CASTANHO, P. Sonha-se em equipe? **Ágora – Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 24, n. 1, p. 82–90, 2021.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. Transferência. In: _____. **Vocabulário de psicanálise**. 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 514–521.

LESCOVAR, G. Z. As Consultas Terapêuticas e a Psicanálise. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 2001, p. 43–61, 2004.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 425–441, 2014.

LINS, M. I. A. **Consultas Terapêuticas: uma prática clínica de D. W. Winnicott**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89–120.

LORIN, C. **Sándor Ferenczi: de la médecine à la psychanalyse**. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.

LUCHINA, I. L. The Medical-Psychiatric Interconsultation — Introduction: Theory and Practice. **Contemporary Psychoanalysis**, v. 11, n. 1, p. 104–107, 1975.

MACEDO, H. O. Hélio Pellegrino. In: _____. **Cartas a uma jovem psicanalista**. São Paulo: Perspectiva, 2012. p. 83–92.

MAGNANI, M.; TIMPANO, D. Medico e psicologo insieme dall'inizio: Luigi Solano (a cura di) (2011) Dal Sintomo alla Persona. Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base Milano, FrancoAngeli. **Rivista di Psicoanalisi**, v. 58, n. 3, p. 797–803, 2012.

MAIN, T. The Hospital as a Therapeutic Institution. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 10, n. 3, p. 66–70, 1946.

_____. The Ailment. **British Journal of Medical Psychology**, v. 30, n. 3, p. 129–145, 1957.

_____. Knowledge, learning, and freedom from thought. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 5, n. 1, p. 59–74, 1990.

_____. Some medical defences against involvement with patients. In: SALINSKY, J.; SACKIN, P. (Orgs.). **What Are You Feeling, Doctor?: Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation**. London / New York: CRP Press, 2000. p. 151–168.

MANNONI, M. A contribuição de Winnicott para um trajeto na psicanálise. **Estilos da Clínica**, v. 3, n. 4, p. 8–19, 1998.

MARTÍN CABRÉ, L.-J. La contribución de Ferenczi al concepto de contratransferencia. **Rev. Psicoanál. Asoc. Psico. Madrid**, v. 28, p. 79–96, 1998.

MASSON, J. O episódio de Emma Eckstein. In: _____. (Ed.). **Correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)**. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 107–155.

_____. Freud, Fliess, and Emma Eckstein. In: _____. **Assault on truth: Freud's suppression of the Seduction Theory**. [s.l.]: Untreed Reads, 2012. *E-book*.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. Atenção Primária à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Eds.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2a. ed. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2008. p. 44-50.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: Implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511–2521, 2015.

MAUTNER, A. V. Ferenczi: cultura e história. In: KATZ, C. (Org). **Ferenczi: História, Teoria e Técnica**. São Paulo: Ed. 34, 1996. p. 15–43.

MCDOUGALL, J. **Donald Winnicott the Man: Reflections and Recollections**. London:

Karnac, 2003.

MELLO FILHO, J. Grupo de reflexão: de Balint a Luchina. In: _____. (Org.). **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. SILVEIRA, L. M. C. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 147–151, 2005.

_____.; SILVEIRA, L. M. C.; BURD, M. Consulta-conjunta: uma estratégia de atenção integral à saúde. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. ed. Porto Alegre: Porto Alegre Artmed, 2010. p. 601–608.

MÉSZÁROS, J. Psychoanalysis is a two-way street. **International Forum of Psychoanalysis**, v. 13, n. 1–2, p. 105–113, 2004.

MEZAN, R. Sobre a epistemologia da psicanálise. In: _____. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 436–519.

_____. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: _____. **A sombra de Don Juan e outros ensaios**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 95–134.

MIJOLLA-MELLOR, S. La recherche en psychanalyse à l’Université. **Recherches en psychanalyse**, v. 1, n. 1, p. 27, 2004.

MILNER, M. Introduction. In: _____. **The Suppressed Madness of Sane Men: forty-four years of exploring psychoanalysis**. Hove / New York: Brunner-Routledge, 1987. p. 1–9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Cadernos de atenção Básica: Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 27

_____. **Cadernos de atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 34

_____. **Cadernos de atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: 2014. v. 39

MIRANDA, L. Criatividade e trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (Orgs.). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 89–118.

MISSENARD, A. Entre Psicanálise e Medicina: Michael Balint. In: _____. (Org.). **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 1–8.

MOREAU-RICAUD, M. **Michael Balint**: le renouveau de l'École de Budapest. Toulouse: Érès, 2007.

MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019.

NASCIMENTO, C. M. B. *et al.* Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1135–1156, 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 365–393.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. In: _____. **Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces**. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 17–38.

_____. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: _____. **Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces**. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014a. p. 97–116.

_____. Sejam heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental. In: _____. **Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces**. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014b. p. 148–172.

_____.; CAMPOS, G. W. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2006. p. 669–688.

OPPENHEIM-GLUCKMAN, H. **Reading Michael Balint**: a pragmatic clinician. London / New York: Routledge, 2015.

PASSOS, E. A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213–228.

PEIXOTO-JUNIOR, C. A. **Michael Balint**: a originalidade de uma trajetória psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

PELLEGRINO, H. **A burrice do demônio**. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

_____. (Política e psicanálise). In: PELLEGRINO, A. (Ed.). **Lucidez embriagada**. São Paulo: Planeta, 2004. p. 166–169.

PENNA, C. Júlio de Mello Filho (1933–2018). **Group Analysis**, v. 51, n. 4, p. 537–540, 2018.

PINEL, J.-P. Le contre-transfert dans la clinique institutionnelle. **Le coq-heron**, n. 235, p. 124–133, 2018.

_____. Das grandes guerras às mutações socioculturais contemporâneas: uma breve história das clínicas institucionais. **Percursos**, v. 62, 2019. Disponível em: http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=acervo&acao=ver&id_edicao=62. Acesso em: 5 nov. 2020.

_____. Le traitement institutionnel des pathologies des limites. In: _____.; GAILLARD, G. (Orgs.). **Le travail psychanalytique en institution: Manuel de cliniques institutionnelles**. Paris: Dunod, 2020. p. 55–81.

PINES, M.; TUBERT-OKLANDER, J.; HERNÁNDEZ-TUBERT, R. A conversation with Malcolm Pines: Part one. **Group Analysis**, v. 43, n. 4, p. 476–495, 2010.

PINES, M.; WEEGMANN, M. Interview with Malcolm Pines. **Group Analysis**, v. 43, n. 3, p. 372–401, 2010.

PINHEIRO, N. N. B. Algumas observações clínicas a respeito das afecções que se expressam por meio do corpo: de Freud a Winnicott. In: WINOGRAD, M.; SOUZA, M. (Orgs.). **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Cia de Freud/FAPERJ, 2012. p. 143–158.

_____. Sobre uma estratégia de pensamento que se transmite desde Freud e Winnicott. In: SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE, 2019, Londrina. **Anais**. Londrina: UEL, 2019. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/sppms/article/view/608>. Acesso em: 5 nov. 2020.

_____. Tecendo os fios da existência: uma proposta de trabalho com a infância a partir da teoria de Winnicott. O caso João. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 18, n. 54, p. 286–302, 2021.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Eds.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2a. ed. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2008. p. 110-114.

RACAMIER, P. C. *et al.* **Le Psychanalyste sans divan: la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques**. 2e éd. ed. Paris: Payot, 1973.

RAYNER, E. **The Independent Mind in British Psychoanalysis**. London: Routledge, 2020.

REEVES, C. A necessary conjunction: Dockar-Drysdale and Winnicott. **Journal of Child Psychotherapy**, v. 28, n. 1, p. 3–27, 2002.

_____. Reappraising Winnicott's The Piggle: A Critical Commentary: Part I: Introduction and the Treatment. **British Journal of Psychotherapy**, v. 31, n. 2, p. 156–190, 2015.

RIAND, R.; LAROCHE-JOUBERT, M. L'intertransfert et ses figures dans le couple thérapeutique. Du double indifférencié au double différencié. **Revue de Psychotherapie Psychanalytique de Groupe**, v. 57, n. 2, p. 171–184, 2011.

ROBINSON, K. From Pediatrics to Psychoanalysis, 1911-1938. In: KABESH, A. T. (Org.). **Twelve Essays on Winnicott: Theoretical Developments and Clinical Innovations**. Oxford: Oxford University Press, 2019. p. 27–44.

ROCK, B.; CARRINGTON, A. Complexity in primary care. In: LEMMA, A. (Ed.). **Contemporary Developments in Adult and Young Adult Therapy: The work of the Tavistock and Portman Clinics, Volume 1**. London: Karnac, 2012. p. 111–134.

RODMAN, F. R. **Winnicott: life and work**. Cambridge, MA: Da Capo, 2003.

RODRIGUES, A. M. Prefácio à edição brasileira. In: KAËS, R. *et al.* **A Instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 11–13.

ROUDINESCO, E. **A análise e o arquivo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

_____.; PLON, M. Eckstein, Emma (1865-1924). In: _____. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 163–164.

ROUSSILLON, R. Espaços e práticas institucionais. O quarto do despejo e o interstício. In: KAËS, R. *et al.* **A Instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 159–178.

RUDNYTSKY, P. L. Enid Balint - The broken couch. In: _____. **Psychoanalytic Conversations: Interviews with Clinicians, Commentators and Critics**. London / Hillsdale, US: The Analytic Press, 2000. p. 1–26.

SABOURIN, P. **Ferenczi: Paladino e Grão-vizir secreto**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SAFRA, G. A clínica em Winnicott. **Natureza Humana**, v. 1, n. 1, p. 91–101, 1999.

_____. Investigação em psicanálise na universidade. **Psicologia USP**, v. 12, n. 2, p. 171–175, 2001.

_____. Investigação em psicanálise fora do consultório: princípios metodológicos. In: SERRALHA, C. A.; SCORSOLINI-COMIN, F. (Orgs.). **Psicanálise e universidade: um encontro na pesquisa**. Curitiba: Editora CRV, 2013. p. 19–26.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; JUNIOR, N. L. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1. p. 28–41.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, v. 2, n. 2, p. 46–71, 1988.

SAPIR, M. O Grupo Balint, Passado e Futuro. In: MISSENARD, A. (Org.). **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 109–134.

SOLANO, L. *et al.* The family physician and the psychologist in the office together: A response to fragmentation. **Mental Health in Family Medicine**, v. 6, n. 2, p. 91–98, 2009.

_____. **Dal sintomo alla persona: Medico e Psicologo insieme nell'assistenza di base.** 2012. Disponível em: <https://www.centropsicoanalisiromano.it/archivio-lavori-scientifici/archivio-storico-dal-2001-a-oggi/274-solano-l-dal-sintomo-alla-persona-medico-e-psicologo-insieme-nellassistenza-di-base-2012.html>. Acesso em: 10 nov. 2020.

_____. Through symptoms to subjects: the family physician and the psychologist together in primary care. In: EMDE, R. N.; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Orgs.). **Early Parenting and Prevention of Disorder: Psychoanalytic Research at Interdisciplinary Frontiers.** London: Karnac, 2014. p. 309–328.

_____. A Primary Care Psychologist together with the Family Physician: the experience of the Health Psychology School of Rome. **Funzione Gamma**, v. 47, 2020. Disponível em: <https://www.funzionegamma.it/a-primary-care-psychologist-together-with-the-family-physician-the-experience-of-the-health-psychology-school-of-rome/>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SOMMANTICO, M. Ce que les « concepts-limites » d'Anzieu apportent à la clinique psychanalytique du couple et de la famille. **Le Divan familial**, v. 21, n. 2, p. 199, 2008.

_____. Le couple thérapeutique dans la cothérapie : le travail intertransférentiel. **Le Divan familial**, v. 30, n. 1, p. 63, 2013.

_____.; BOSCAINO, D. Le couple thérapeutique dans la consultation de couple. **Le Divan familial**, v. 17, n. 2, p. 151, 2006.

SOREANU, R. O estilo epistêmico de Michael Balint: “Grupos Balint”, utopias médicas e o legado da Escola de Psicanálise de Budapeste. **Cadernos de Psicanálise - CPRJ**, v. 40, n. 39, p. 229–250, 2018.

_____. Michael Balint's Word Trail: The 'Ocnophil', the 'Philobat' and Creative Dyads. **Psychoanalysis and History**, v. 21, n. 1, p. 53–72, 2019.

SORGEN, E.; CALZETTA, J. J. La consulta conjunta médico-psicológica como recurso interdisciplinario en el hospital general. In: VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA, 2014, Buenos Aires. **Anales.** Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2014. Disponível em: <https://www.aacademica.org/000-035/202.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SPELMAN, M. **The Evolution of Winnicott's Thinking: Examining the Growth of Psychoanalytic Thought Over Three Generations.** London: Karnac, 2013.

STERN, J.; HARD, E.; ROCK, B. Paradigms, politics and pragmatics: psychotherapy in primary care in City and Hackney – a new model for the NHS. Part 1: the historical, political and economic drivers behind the creation of the service. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 29, n. 2, p. 117–138, 2015.

TIMMS, N.; TIMMS, R. Casework. In: _____. **Dictionary of Social Welfare**. London: Routledge, 1982. p. 27–28.

TIZARD, J. P. M. Donald Winnicott. The President's view of a Past President. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 74, n. 4, p. 267–274, 1981.

TOSTA, R. M. Consultas terapéuticas: fenómenos curativos y salud. **Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental**, v. 20, n. 4, p. 762–775, 2017.

TRICOT, M. L'environnement nécessaire à la création et à l'enracinement de consultations pédiatre-psychanalyste au cœur d'un service de PMI. In: FRITZ, M.-T.; _____. (Orgs.). **L'enfant, le médecin et le psychanalyste: une aventure partagée en Protection maternelle et infantile**. Toulouse: Érès, 2016. p. 21–36.

_____.; FRITZ, M. Pédiatrie et psychanalyse: une consultation inédite en PMI. **Spirale**, v. 51, p. 135–141, 2009.

VICHYN, B. Eckstein, Emma (1865-1924). In: MIJOLLA, A. (Ed.). **Internacional Dictionary of Psychoanalysis**. New York: Thomson Gale, 2005. p. 454–455.

VIEIRA, G. **Winnicott e o narcisismo primário: da dependência rumo à independência**. Curitiba: Juruá, 2020.

_____.; CASTANHO, P. Das consultas terapêuticas à consulta conjunta: contribuições de Winnicott à prática do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021. *Ahead of print*. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/das-consultas-terapeuticas-a-consulta-conjunta-contribuicoes-de-winnicott-a-pratica-do-apoio-matricial/18137?id=18137> . Acesso em: 06 set. 2021.

_____.; CASTANHO, P.; CAMPOS, E. P. Uma ampliação do setting face à exclusão: contribuições de Winnicott para o cuidado clínico em equipe. **Cadernos de Psicanálise - CPRJ**, v. 42, n. 43, p. 91–115, 2020.

_____.; PINHEIRO, N. N. B. “Antes do nome”: articulações entre a angústia e os fenômenos psicossomáticos em Freud e Winnicott. **Mental**, v. 8, n. 15, p. 195–214, 2010.

WIDLÖCHER, D. Winnicott et la psychanalyse. **Le Carnet PSY**, v. 151, n. 2, p. 37, 2011.

WINNICOTT, C. Letter to the Editor. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 53, p. 559–560, 1972.

_____. Interview, June 1983. In: RUDNYTSKY, P. L. **The psychoanalytic vocation: Rank, Winnicott and the legacy of Freud**. New Haven / London: Yale University Press, 1991. p. 180–194.

_____. D.W.W.: Uma reflexão. In: _____.; MADELEINE DAVIS; RAY SHEPHERD (Eds.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994a. p. 1–13.

WINNICOTT, D. Paddington Green Children's Hospital. **British Medical Journal**, v. 4629, n. 2, p. 711–712, 1949. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/2/4629/711.2>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. **Letter to Mrs. B. E. Dockar-Drysdale**. 1960. Disponível em: <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780190271442.001.0001/med-9780190271442-chapter-157>. Acesso em: 7 jun. 2021.

_____. **Therapeutic consultations in child psychiatry**. New York: Basic Books, 1971.

_____. O brincar: uma exposição teórica. In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975a. p. 59–77.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975b. p. 13–44.

_____. Mais idéias sobre os bebês como pessoas. In: _____. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1982. p. 95–103.

_____. A capacidade para estar só. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 31–37.

_____. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. Clínica particular. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Eds.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994b. p. 223–229.

_____. D.W.W sobre D.W.W. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Eds.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994c. p. 433–444.

_____. Michael Balint. II. Resenha de *The Doctor, His Patient and the Illness*. In: WINNICOTT, C.; MADELEINE DAVIS; RAY SHEPHERD (Eds.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994d. p. 334–337.

_____. O Jogo do Rabisco (*Squiggle Game*). In: WINNICOTT, C.; DAVIS, M.; SHEPHERD, R. (Eds.). **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994e. p. 230–243.

_____. O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; DAVIS, M.; SHEPHERD, R. (Eds.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994f. p. 244–248.

_____. Terapia Física do Transtorno Mental: Terapia de Convulsão. III. Terapia de Choque. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Eds.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994g. p. 399–400.

_____. Transtorno (*Disorder*) Psicossomático. I. A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M.

(Eds.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994h. p. 82–90.

_____. Casework with mentally ill children. In: _____. **The family and individual development**. London / New York: Routledge, 1995. p. 121-131

_____. A Associação de Psicologia e Psiquiatria Infantil observada como um fenômeno de grupo. In: SHEPERD, R.; JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (Eds.). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a. p. 205–219.

_____. Para um estudo objetivo da natureza humana. In: SHEPERD, R.; JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (Eds.). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b. p. 31–37.

_____. A cura. In: _____. **Tudo começa em casa**. 3a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 105–114.

_____. A observação de bebês em uma situação padronizada. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000a. p. 112–132.

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000b. p. 374-392.

_____. Ao Editor, Times (6 de novembro de 1946). In: RODMAN, F. R. (Ed.). **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 2005a. p. 13–14.

_____. Dissociação revelada numa consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Eds.). **Privação e delinquência**. Tradução Álvaro Cabral. 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005b. p. 291–319.

_____. Para J. P. M. Tizard (23 de Outubro de 1956). In: RODMAN, F. R. (Ed.). **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 2005c. p. 128–132.

_____. Para M. B. Conran (8 de maio de 1969). In: RODMAN, F. R. (Ed.). **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 2005d. p. 224–229.

_____. Para Thomas Main (25 de Fevereiro de 1957). In: RODMAN, F. R. (Ed.). **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 2005e. p. 138–140.

_____. Variedades de psicoterapia. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Eds.). **Privação e delinquência**. Tradução Álvaro Cabral. 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005f. p. 263–174.

_____. A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2013a. p. 73–88.

_____. Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2013b. p. 177–193.

_____. A Doctor Looks at the Psychiatric Social Worker. In: CALDWELL, L.; ROBINSON, H. T.; ADÈS, R. (Eds.). **The Collected Works of D. W. Winnicott (Vol. 2, 1939-1945)**. Oxford: Oxford University Press, 2016a. p. 177–194.

_____. Matti, *aet* 12½ Years: A Therapeutic Consultation. In: CALDWELL, L.; ROBINSON, H. T.; ADÈS, R. (Eds.). **The Collected Works of D. W. Winnicott (Vol. 6, 1960-1963)**. Oxford: Oxford University Press, 2016b. p. 237–240.

_____. Sakari: A Therapeutic Consultation. In: CALDWELL, L.; ROBINSON, H. T.; ADÈS, R. (Eds.). **The Collected Works of D. W. Winnicott (Vol. 6, 1960-1963)**. Oxford: Oxford University Press, 2016c. p. 241–252.

ZETZEL, E. R. 96 Gloucester Place: Some Personal Recollections. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 50, p. 717–719, 1969.