



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica - Doutorado
Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas Clínicas e Demandas Sociais Contemporâneas

Adriano de Sousa Barros

**AS TRANSVERSALIDADES DA CLÍNICA AMPLIADA: UMA CARTOGRAFIA NO
NASF-AB.**

RECIFE, 2021

Adriano de Sousa Barros

**AS TRANSVERSALIDADES DA CLÍNICA AMPLIADA: UMA CARTOGRAFIA NO
NASF-AB.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Clínica, UNICAP, como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora da Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco

RECIFE, 2021

B277t Barros, Adriano de Sousa.
As transversalidades da clínica ampliada: uma cartografia no NASF-AB / Adriano de Sousa Barros, 2021.
160 f.

Orientadora: Ana Lúcia Francisco.
Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Clínica. Doutorado em Psicologia Clínica, 2021.

1. Psicologia clínica. 2. Psicologia social.
3. Política Pública. 4. Saúde Pública. 5. Cartografia.
I. Título.

CDU 159.9

Pollyanna Alves - CRB4/1002

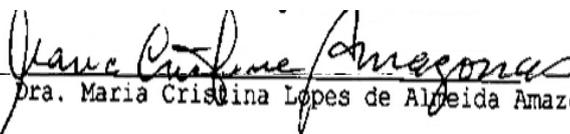
Adriano de Sousa Barros

**AS TRANSVERSALIDADES DA CLÍNICA AMPLIADA: UMA CARTOGRAFIA NO
NASF-AB.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Clínica, UNICAP, como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em Psicologia
Clínica.



Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco
(Orientadora/UNICAP)



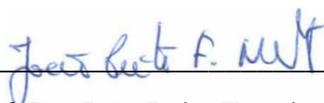
Profa. Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas
(Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP)



Profa. Dra. Paula Cristina Monteiro de Barros
(Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP)



Profa. Dra. Jaileila de Araújo Menezes
(Universidade Federal de Pernambuco - UFPE)



Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto
(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas)

Recife, 29 de junho de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todas as pessoas que fizeram parte direta ou indiretamente da realização dessa tese:

- À minha orientadora, profa. *Ana Lúcia Francisco*, por acolher a mim e a minha proposta de trabalho, mostrando os novos caminhos da cartografia e compartilhando sua subversão intelectual tão criativa e potente;
- Aos meus queridos amigos Ângela Dias, João Carlos Montenegro, Helen Gonçalves e Fábio Ronaldo da Silva e Conceição Carvalho por serem presenças tão iluminadas nesse caminho, me dando um suporte afetivo tanto à distância como ao lado, nutrindo o tipo de irmandade que podemos escolher na vida e que sabemos que será para sempre;
- Ao querido amigo e professor Jocielys Rodrigues, pelo suporte e apoio tão imprescindível durante minha jornada;
- A minha família mais próxima e especial, nas pessoas da minha mãe Geusa de Sousa, da minha irmã Geruza Barros e dos meu sobrinhos Dayane e João Lucas Barros, por estarem comigo na afetividade desse momento, que só eles sabem da árdua, mas compensadora caminhada;
- Às psicólogas participantes da pesquisa, por sua disponibilidade, e suas respectivas instituições, por acolherem minha proposta de trabalho;
- Ao PPGPSI/UNICAP, nas pessoas da coordenadora profa. Veronique Donard e de todo o corpo docente, pelo apoio na produção dessa tese, considerando também o programa de bolsa institucional, pois sem ele dificilmente estaria concluindo;
- Às professoras e ao professor que compuseram o corpo de docentes avaliadores, pela disponibilidade em contribuir com essa tese;
- E por fim, as forças espirituais que porventura me conduziram nesse caminho, não me deixando fraquejar diante das dificuldades.

[. . .] escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir.

Deleuze e Guattari

RESUMO

A Clínica Ampliada emerge no campo das políticas públicas em saúde visando fortalecer os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo operacionalizada pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipe de suporte à Estratégia de Saúde da Família – ESF, com foco em intervenções interdisciplinares, matriciamento e atuação territorial. Esse modelo de clínica reforça a integralidade do atendimento, tendo uma história marcada por atravessamentos macro, meso e micropolíticos, o que tornou sua atuação potente e difusa ao mesmo tempo. A partir dessa problemática, a pesquisa que subsidiou essa tese teve como objetivo cartografar as práticas psicossociais desenvolvidas por psicólogas (os) no âmbito da clínica ampliada. Como objetivos específicos pretendeu-se: mapear as práticas psicossociais desenvolvidas pela psicologia nas equipes multidisciplinares do Núcleo; identificar possíveis tensões geradas entre o paradigma biomédico e a perspectiva psicossocial abarcada pela Clínica Ampliada; caracterizar as linhas que transversalizam a experiência da Clínica Ampliada no NASF-AB; apresentar indicativos, possibilidades e limites das práticas psicossociais desenvolvidas pela psicologia no âmbito do NASF. Nossa trajetória metodológica baseia-se no viés qualitativo da Abordagem Cartográfica, utilizando-se da entrevista semiestruturada e do diário de campo como recursos para acessar as experiências das psicólogas participantes, tendo como lócus o NASF-AB das cidades de Campina Grande e João Pessoa, na Paraíba. As experiências das participantes e as observações do diário de campo revelaram aproximações e afastamentos do *modus operandi* previsto nas práticas psicossociais, transversalizadas por linhas duras e flexíveis, que, tanto reproduzem o “lugar comum” da intervenção biomédica, quanto rachaduras capazes de produzir espaços de potência que dão passagem a integralidade da saúde em âmbito territorial. Os resultados apontam uma clínica ampliada transversalizada por forças instituídas e instituintes, sendo as práticas psicossociais realizadas pela psicologia por vezes potencializadas, mas que, no geral, são enfraquecidas no seu papel de promotoras da saúde, considerando ações de desterritorialização e desvio de função. A tese, enfim, contribuiu para problematizar os agenciamentos sofridos pela clínica ampliada operacionalizada pelo NASF-AB, impactando diretamente na construção da integralidade na Atenção Básica, o que pode desencadear problemas também nos serviços de média e alta complexidade, prejudicando os mais vulneráveis. Movimento esse, reforçado pelo sucateamento do Núcleo promovido por uma necropolítica resultante da crise que assola o Brasil, nos últimos anos. A psicologia, nesse contexto, pode perder importante espaço de atuação, considerando sua participação nas equipes do Núcleo, situação que escancara o impacto dos retrocessos políticos que atingem diretamente os profissionais, o serviço e os usuários. Mais do que nunca, entender os mecanismos que movem essa biopolítica, servem de munição na luta pela cidadania, um movimento de resistência que se fortalece com uma produção acadêmica crítica.

PALAVRAS-CHAVE: Clínica Ampliada, Abordagem Cartográfica, Políticas Públicas, Atenção Básica

ABSTRACT

The Extended Clinic emerges in the field of public health policies aiming to strengthen the doctrinal principles of the Unified Health System - SUS, being operated by the Extended Family Health and Primary Care Center) (NASF-AB), a support team for the Family's Health Strategy – ESF, with a focus on interdisciplinary interventions, matrix support and territorial acting. This clinical model reinforces the integrality of care, having a history marked by macro, me and micropolitical crossings, which made its performance powerful and diffuse at the same time. Based on this issue, the research that supported this thesis aimed to reproduce the psychosocial practices developed by psychologists (them) in the Domain of the extended clinic. As specific objectives it was intended: to outline the psychosocial practices developed by psychology in the multidisciplinary teams of the Center; identify possible tensions generated between the biomedical paradigm and the psychosocial perspective covered by the Extended Clinic; characterize the lines that cross the experience of the Extended Clinic at NASF-AB; present clues, possibilities and limits of psychosocial practices developed by psychology within the NASF. Our methodological trajectory is based on the qualitative bias of the Cartographic Approach, using semi-structured interviews and field diaries as resources to access the experiences of participating psychologists, having as locus the NASF-AB of the cities of Campina Grande and João Pessoa, in Paraíba. The experiences of the participants and the observations of the field diary revealed similarities and differences from the *modus operandi* expected by psychosocial practices, mainstreamed by hard and flexible lines, which both reproduce the “common place” of the biomedical intervention, as well as failures capable of producing Space Powers that give way to the integrality of health in the territorial sphere. The results point to an expanded clinic mainstreamed by instituted and instituting forces, with psychosocial practices carried out by psychology sometimes enhanced, but which, in general, are weakened in its role as health promoters, considering actions of deterritorialization and deviation of function. Finally, the thesis contributed to problematize the agencies suffered by the expanded clinic operated by the NASF-AB, directly impacting the construction of comprehensiveness in Primary Care, which can also trigger problems in medium and high complexity services, harming the most vulnerable. This movement, reinforced by the scrapping of the Center promoted by a necropolitics resulting from the crisis that has been devastating Brazil in recent years. Psychology, in this context, can lose an important space of action, considering its participation in the teams of the Center, a situation that exposes the impact of political setbacks that fully affect professionals, services and users. More than ever, understanding the mechanisms that move this biopolitics serve as ammunition in the struggle for citizenship, a resistance movement that is strengthened by critical academic production.

KEYWORDS: Extended Clinic, Cartographic Approach, Public Policies, Primary Care

RESUMEN

La Clínica Ampliada - surge en el campo de las políticas públicas de salud con el objetivo de fortalecer los principios doctrinales del Sistema Único de Salud - SUS, siendo operado por el Centro Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria (NASF-AB), un equipo de apoyo a la Estrategia de Salud da la Familia - ESF, con enfoque en intervenciones interdisciplinarias, apoyo matricial y acción territorial. Este modelo clínico refuerza la integralidad del cuidado, teniendo una historia marcada por líneas de campo macro, meso y macropolíticas, lo que hizo que su desempeño fuera potente y difuso simultáneamente. Desde ese contexto, la investigación que apoya esta tesis tuvo como objetivo mapear las prácticas psicosociales desarrolladas por las psicólogas en el ámbito de la clínica ampliada. Como objetivos específicos pretendimos: mapear las prácticas psicosociales desarrolladas por la psicología en los equipos multidisciplinares del Núcleo; identificar las posibles tensiones generadas entre el paradigma biomédico y la perspectiva psicosocial que engloba la Clínica Ampliada; caracterizar las líneas que cruzan la experiencia de la Clínica Ampliada en NASF-AB; Presentar indicaciones, posibilidades y límites de las prácticas psicosociales desarrolladas por la psicología en el NASF. Nuestra trayectoria metodológica se basa en el sesgo cualitativo del Enfoque Cartográfico, utilizando entrevistas semiestructuradas y diarios de campo como recursos para acceder a las experiencias de los psicólogos participantes, teniendo como locus el NASF-AB de las ciudades de Campina Grande y João Pessoa, en Paraíba. Las vivencias de los participantes y las observaciones del diario de campo revelaron similitudes y desviaciones del *modus operandi* previsto para las prácticas psicosociales, transversalizadas por líneas duras y flexibles, que tanto reproducen el “lugar común” de la intervención biomédica, como también grietas capaces de producir espacios de competencias para la construcción de la integralidad de la salud en el ámbito territorial. Los resultados señalan una clínica ampliada transversalizada por fuerzas instituidas e instituyentes, con prácticas psicosociales realizadas por la psicología en ocasiones potenciadas, pero que, en general, se debilitan en su rol de promotores de salud, considerando las acciones de desterritorialización y desvío de funciones. Por fin, esta tesis contribuyó para cuestionar las agencias que interfieren en la clínica ampliada operada por el NASF-AB, impactando directamente en la construcción de la integralidad en la Atención Básica que, por lo tanto, puede desencadenar problemas en los servicios de mediana y alta complejidad, perjudicando a los más vulnerables. Este movimiento, reforzado por el desmantelamiento del Núcleo promovido por una necropolítica resultante de la crisis que ha devastado el Brasil en los últimos años. La psicología, en este contexto, puede perder un importante espacio de actuación, considerando su participación en los equipos del Núcleo, situación que expone el impacto de los retrocesos políticos que afectan directamente a los profesionales, a el servicio y a los usuarios. Más que nunca, es muy importante entender los mecanismos que mueven esta biopolítica, porque nos sirve de munición en la lucha por la ciudadanía, un movimiento de resistencia que se fortalece con la producción académica crítica.

PALABRAS CLAVE: Clínica Ampliada, Enfoque Cartográfico, Políticas Públicas, Atención Básica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tipos de publicações utilizados na pesquisa bibliográfica

Tabela 2. Áreas de conhecimento que tratam sobre Clínica Ampliada

Tabela 3. O NASF-AB nos municípios pesquisados

Tabela 4. Identificação das Participantes da Cartografia

Tabela 5. Analisadores

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da revisão de literatura

Figura 2. Linha do tempo das publicações sobre Clínica Ampliada

Figura 3. Histórico do NASF

Figura 4. Fluxograma da Estratégia de Saúde da Família – ESF

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

eAT Equipe da Atenção Básica

eESF Equipe da Estratégia de Saúde da Família

ESF Estratégia de Saúde da Família

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nomenclatura utilizada a partir de 2017 com o lançamento do PNAB)

OMS Organização Mundial de Saúde

PNAB Plano Nacional de Atenção Básica

PNH Plano nacional de Humanização (Humaniza SUS)

PTS Plano Terapêutico Singular

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15
1. CLÍNICA AMPLIADA: AS CONCEPÇÕES E A COMPLEXIDADE DE UM MOVIMENTO.....	23
1.1 PISTAS INICIAIS	23
1.2 A CLÍNICA AMPLIADA NA PERSPECTIVA DOS “DITOS” ACADÊMICOS.....	31
1.3 POR UMA <i>TIPOLOGIA</i> DAS CONCEPÇÕES DE CLÍNICA AMPLIADA	36
1.3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	36
1.3.2 PARADIGMA TEÓRICO.....	38
1.3.3 MÉTODO DE INTERVENÇÃO.....	40
1.3.4 CONCEPÇÃO DE SER HUMANO.....	43
2. CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DA CLÍNICA AMPLIADA.....	49
2.1 AS MALHAS DE UMA CLÍNICA MÉDICA.....	49
2.2 TRAÇADOS DE UMA CLÍNICA AMPLIADA: O CAMPO PROBLEMÁTICO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA.....	53
2.3 OS TRAÇADOS DE UMA CLÍNICA POLÍTICA.....	60
2.4 POR UMA CLÍNICA DA POTÊNCIA: DIÁLOGOS COM A ESQUIZOANÁLISE.....	63
2.5 PASSOS DA “MUDANÇA”, CAMINHOS DA RESISTÊNCIA.....	68
3 A DERIVA METODOLÓGICA: CAMINHOS DE UMA PERFORMANCE CARTOGRÁFICA	77
3.1 DA TRANSCENDÊNCIA À IMANÊNCIA.....	77
3.2 DESDOBRAMENTOS DO CAMPO	84
3.3 AMPLIANDO O OLHAR	93
4 ENTRE O MACRO E O MICROPOLÍTICO: AS EXPERIÊNCIAS TRANSVERSALIZADAS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF-AB)	96
4.1 PISTAS DO TERRITÓRIO NASF.....	96
4.1 DIÁRIO DE CAMPO: OS AFETOS DE UMA AUTO CARTOGRAFIA.....	100
4.3 TRANSVERSALIDADES DO CAMPO NASF	109
4.4 NASF-AB: UMA CLÍNICA (QUASE) RIZOMÁTICA EM DECOMPOSIÇÃO	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS.....	143
APÊNDICES.....	155

APRESENTAÇÃO

A construção da presente tese partiu de inquietações no âmbito da minha experiência como docente no curso de graduação em psicologia na cidade de Campina Grande-PB, servindo de base para o desenvolvimento do projeto a ser submetido na seleção do PPGPSI/UNICAP. Como docente do componente curricular Psicologia Social da Saúde e, principalmente, como orientador de estágio nessa mesma perspectiva, fui afetado pelas narrativas dos alunos/estagiários em relação ao papel da Psicologia nas políticas públicas de saúde, apresentado como fragilizado e difuso e destoando teoria da prática.

Os relatos sempre conduziam a indagações do tipo: “a prática é muito diferente da teoria”; “os psicólogos ficam perdidos no serviço”; “pode fazer psicoterapia no NASF ou na Assistências Social?”; “o psicólogo disse que não fazemos visita domiciliar”; “clínica ampliada existe?”, entre outros questionamentos. Em certa reunião de supervisão um aluno me apresentou uma situação na qual acompanhou uma visita domiciliar, experiência que lhe deixou inquieto com a inércia do profissional da psicologia que pareceu não saber porque estava ali, sendo provocado pela assistente social ao término de sua fala com a seguinte solicitação: “agora é sua parte, veja se tem algum problema psicológico!”.

Afetado pela falta de potência criativa da psicologia presente nos relatos dos alunos, resolvi construir meu projeto de tese, escolhendo a princípio a assistência social, mas logo migrando para o âmbito da saúde e do NASF, ao considerar que a clínica ampliada preconiza tal política pública. Nesse sentido, para dar maior abrangência à tese, decidimos ampliar o campo da pesquisa que lhe daria subsídio para dois municípios do estado da Paraíba, a capital João Pessoa e a segunda maior cidade do estado, Campina Grande, o que nos proporcionou contactar múltiplas perspectivas sobre a realidade do Núcleo e das práticas psicossociais na clínica ampliada.

O campo-tema da tese, seguindo a orientação da abordagem cartográfica na perspectiva do *hodós-metà* (caminho que se constitui no caminhar, sem perder o rigor da [auto]observação), foi se constituindo enquanto proposta implicada sob o olhar ético (abrigo do ser), estético (fazer criativo e

potente) e político (luta por justiça social), revelando-se nesse processo, como recurso problematizador de uma psicologia clínica que apesar dos avanços, ainda reproduz no âmbito da formação e da prática profissional, modelos tradicionais de intervenção agenciados pelo biopoder. Por outro lado, mesmo diante das dificuldades, a presença da psicologia no campo da saúde já é em si, uma situação que aponta para desvios criativos, principalmente no que se refere a integralidade do atendimento aos mais vulneráveis.

O olhar para a multiplicidade me afetou de diversos modos no caminho de construção dessa tese, oportunizando identificar minhas limitações enquanto pesquisador influenciado pela formação positivista (da qual ainda não nos despimos totalmente) a desenvolver um olhar cada vez mais crítico sobre a psicologia que recebemos como referência nos bancos da formação acadêmica. Processo que me sensibilizou ainda mais para as condições precárias que a profissão é submetida e se submete, ao considerar a instabilidade, o desvio ou a falta de reconhecimento da sua função social, despotencializando sua contribuição na construção de uma sociedade mais justa.

INTRODUÇÃO

A década de 1990 foi um divisor de águas para a Psicologia brasileira, no que se refere a sua inserção no campo da saúde, impulsionada por um conjunto de mudanças sociais que tem como contexto histórico a abertura política após ditadura militar, juntamente com o advento do Sistema Único de Saúde. Cabe ressaltar que o saber-fazer da Psicologia, anterior a esse momento, concentrava-se no campo da clínica psicoterápica, da educação e do trabalho, atuando a partir de uma perspectiva individualizante, distanciada das desigualdades sociais e voltada ao ajustamento do comportamento humano.

O caminho trilhado pela Psicologia a partir de então, volta-se a constituição de uma clínica social embasada em uma perspectiva que considera a complexidade do ser humano e os diversos modos de sofrimento ancorados no social (Costa & Brandão, 2005). Esse modelo de abordagem psicossocial também serviu de subsídio para a atuação da psicologia no campo da saúde mental, na qual se destacou como protagonista nas lutas pela visibilidade e inclusão social dos usuários e no questionamento sobre a ineficácia do modelo asilar/manicomial, no contexto da Reforma Psiquiátrica.

A abordagem psicossocial impulsionou a Psicologia a ocupar lugares para além da saúde, como no caso da Assistência Social, abrindo debates que envolvem a complexidade de temas como a desigualdade social, a pobreza, as discriminações, os tipos de família, gênero e sexualidade, etnia e tantos outros.

Esse movimento marca a construção de intervenções psicológicas que se deixam afetar por um ambiente de contradições, vulnerabilidades e relações de poder que não podem ser negadas ou negligenciadas no que tange a constituição da Psicologia enquanto ciência e profissão. Suas práticas no campo das políticas públicas (com destaque para a saúde) se

alicerçam na problematização dos processos subjetivos atravessados pelo modo de vida moderno (industrial, urbano e capitalista), indicando a reprodução de formas de existir agenciadas pelo desejo enquanto potência (Dettmann et al., 2016).

Nessa perspectiva, cabe destacar que a entrada da Psicologia na saúde pública a aproxima do sofrimento de populações mais vulnerabilizadas. Segundo dados do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019)¹, 71% (7 em cada 10) dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência, sendo que 47,9% destacam as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada aos serviços do SUS. O perfil desse público tem nuances que mostram o SUS como promotor de equidade: 41,4% dos usuários não têm instrução ou apenas possuem o ensino fundamental incompleto; 36,7% são de cor parda (conforme critérios auto declarativos).

Esse ambiente de mudanças para as práticas psicossociais recebe reforço com o surgimento da *Clínica Ampliada*, oficialmente apresentada na Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), lançada em 2003 pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde². Sua proposta direciona o foco da atenção aos usuários, profissionais e gestores, tendo como diretriz a intervenção interdisciplinar e psicossocial que entende saúde-doença como processo transversalizado pelas dimensões social, econômica, política, cultural, psíquica e biológica: “[. . .] um compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (Brasil, 2004, p. 12).

¹ Acessado de: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vaio-a-rede-publica>

² No Brasil a perspectiva da promoção e prevenção em saúde emerge por meio das políticas públicas, principalmente após a abertura democrática nos anos de 1980 e impulsionada pela promulgação da Constituição Cidadã e dos movimentos sociais (movimentos eclesiais de base, sindicais, estudantis, feministas, dentre outros) (Ferreira Neto; Kind, 2011).

Em consonância com esta proposta, foi constituído em 2008³ o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que teve seus parâmetros redefinidos e aprimorados já em 2012. A criação do Núcleo ofertou suporte à Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente no que tange a ampliação das suas ações de territorialização e regionalização (Brasil, 2012), bem como proporcionou qualificação a resolutividade no campo da Atenção Básica; expandiu ações de fortalecimento da rede de cuidados; e efetivou o cuidado integral à população com foco na diminuição de encaminhamentos a outros níveis de atenção (Gonçalves et al., 2015).

As ações do NASF com base na proposta da Clínica Ampliada, foram constituídas em um campo de forças representado tanto pela problematização das ações baseadas no paradigma biomédico, ainda hegemônico no campo da saúde, como na ocorrência de atravessamentos políticos que enfraqueceram a proposta do Núcleo. Tal movimento se intensificou a partir da crise política instaurada no país desde 2016, culminando na retirada dos recursos e no não financiamento de novas equipes NASF-AB⁴ a partir de 2019, conforme preconiza o novo modelo de financiamento do SUS definido no Programa Previne Brasil⁵.

O viés político da clínica ampliada proposta pelo PNH e praticada pelo NASF-AB, mesmo que de forma limitada, nos remete a um contexto perpassado por linhas e agenciamentos que dão movimento à máquina da promoção e prevenção em saúde, considerando a porta de entrada da ESF. Essas linhas são constituídas tanto por segmentos duros originados no campo instituído - política de saúde que dá origem ao Núcleo; e de segmentos flexíveis que estão na base do movimento do instituinte - as micropolíticas do cotidiano que descortinam as contradições e vulnerabilidades sociais que marcam o contexto

³ Portaria nº 154 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

⁴ Núcleo Ampliado de Saúde Da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é uma nomenclatura utilizada desde o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica, pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

⁵ Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

de vida dos usuários, bem como os modos de gestão local (municipal/estadual) da política de saúde.

Ao considerar os movimentos do campo-problema apresentado, com destaque para suas contradições, complexidades, relações de saber-poder e o paradigma hegemônico que ainda os orienta, esta tese visa questionar:

- *Como se constituem as práticas psicossociais desenvolvidas por psicólogos/as no âmbito do NASF-AB, considerando a perspectiva da Clínica Ampliada?*
- *Os movimentos que acompanham tais experiências ainda se encontram intrinsecamente vinculados ao paradigma biomédico ou já integram o modelo de atenção psicossocial?*

Tais indagações servem como ponto de partida dessa tese, na qual se pretendeu realizar uma cartografia das experiências da Clínica Ampliada no contexto do NASF-AB, alinhada ao paradigma da complexidade juntamente com uma abordagem política da subjetividade. Essa concepção valoriza a noção de processualidade dos fenômenos subjetivos, considerando questões relativas à experiência de estar no mundo enquanto sujeito do seu tempo, sua cultura e sua história (Francisco, 2012).

No que se refere ao viés político da subjetividade, defende-se a oposição à ideia de uma interioridade psíquica, alienada ao contexto de influências do “não eu”, campo extracorpóreo ambiental. Desse modo, a subjetividade é compreendida como:

[. . .] essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo como os indivíduos vivem esta subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o

indivíduo se reapropria-se dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (Guattari & Rolnik, 2009, p. 30).

O caminho trilhado entre uma subjetividade capturada pelos processos de opressão e uma subjetividade potente, criativa e singularizada constitui-se como campo social de contradições, lutas e movimentos de resistência. A singularização, portanto, se apresenta como um divisor de águas na superação das dicotomias indivíduo/sociedade e mente/corpo, processo que utiliza como veículo de expressão as intervenções com caráter psicossocial.

No âmago dessa discussão, nossa tese teve como objetivo geral cartografar as práticas psicossociais desenvolvidas por psicólogos na Clínica Ampliada no âmbito NASF-AB, tendo como locus de pesquisa as cidades de Campina Grande e João Pessoa, Paraíba. Como objetivos específicos visamos: mapear as práticas psicossociais desenvolvidas pela psicologia nas equipes multidisciplinares do Núcleo; identificar possíveis tensões geradas entre o paradigma biomédico e a perspectiva psicossocial abarcada pela Clínica Ampliada; caracterizar as linhas que transversalizam a experiência da Clínica Ampliada no NASF-AB; e, apresentar indicativos, possibilidades e limites das práticas psicossociais desenvolvidas pela Psicologia no âmbito do NASF.

Como aporte teórico utilizamos alguns preceitos da Esquizoanálise e da Análise Institucional de Deleuze e Guattari, visando discorrer sobre as transversalidades, os agenciamentos, as linhas duras e flexíveis (molares e moleculares) e os arranjos entre os campos do instituído e instituinte que fazem mover a “máquina-campo” da clínica ampliada que emerge nas experiências estudadas.

Cabe destacar que, por se tratar de uma abordagem cartográfica, assumimos o posicionamento de que o trabalho se constituiu dentro de fronteiras móveis, panorama no qual

o problema de pesquisa não se deu *a priori*, mas se constituiu no plano das virtualidades e dos acontecimentos em sua singularidade.

No capítulo 1 intitulado “*Clínica ampliada: as concepções e a complexidade de um movimento*”, apresentamos o estado da arte da questão estudada, no qual discutimos as concepções de “clínica ampliada” identificadas na literatura científica dentro de um período de 10 anos de publicação. Para tanto, partimos de uma pesquisa sistemática de literatura que nos permitiu tipificar tais concepções em quatro grupos: política pública, método de intervenção, concepção de ser humano e paradigma teórico. Esse processo também nos ajudou a caracterizar as linhas que entrecruzam a clínica ampliada enquanto campo macro e micropolítico, nos permitindo conceber uma visão geral sobre aspectos que a corporificam tanto no discurso acadêmico como no âmbito das práticas psicossociais.

“*Condições de emergência da Clínica Ampliada*” é o título do Capítulo II, no qual analisamos as possíveis tensões geradas entre o paradigma biomédico e a perspectiva psicossocial abarcada pela Clínica Ampliada, considerando o campo de forças que territorializa sua emergência caracterizada a partir de agenciamentos entrecruzados por aspectos éticos, estéticos e políticos. Nesse sentido, passamos por questões históricas que contextualizam a inserção da clínica ampliada no seio das políticas públicas de saúde, com destaque para a experiência do NASF na ESF; seu papel de resistência diante da hegemonia do paradigma biomédico, com afirmação de seu viés político; e seu diálogo com os preceitos da Esquizoanálise na perspectiva de uma clínica da potência.

A metodologia que serviu de suporte a essa tese é apresentada no Capítulo III intitulado “*A deriva metodológica: caminhos de uma performance cartográfica*”, onde discutimos a importância de uma pesquisa que não se constitui *a priori*, mas que vai se revelando no habitar

de um território existencial por parte do pesquisador, um *hódos-méta*⁶ que visa superar o modelo de representação da realidade substituído pela valorização das pistas e do acompanhamento dos processos. Assim, nos voltamos para as intensidades do fenômeno psicossocial da Clínica Ampliada na tentativa de construção de uma *pesquisa-devir*, ancorada em seu engajamento político e afetada por um complexo campo de forças imanente às experiências acessadas.

No Capítulo VI intitulado “*Entre o macro e o micropolítico: as experiências transversalizadas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB)*”, último capítulo, apresentamos uma análise das experiências e intervenções psicossociais construídas pelas psicólogas participantes dessa cartografia, com ênfase nos desdobramentos existenciais que dão passagem às linhas que transversalizam o campo potencial na clínica ampliada no âmbito do Núcleo. Linhas que se movimentam, transversalizando por entre o instituído (macropolítico) – com políticas, normas e saberes; e o instituinte (micropolítico) – revelado nas práticas, nos desvios e na humanização do saber-fazer.

As discussões desenvolvidas por este trabalho, portanto, oportunizaram dar visibilidade a Clínica Ampliada enquanto mecanismo de resistência política, considerando que sua ação no âmbito no NASF-AB representou um avanço das intervenções psicossociais em saúde. Nosso trabalho busca servir, portanto, como instrumento de crítica ao desmonte sofrido pelo Núcleo, pois o enfraquecimento dessa modalidade de intervenção representa um risco à construção da integralidade do atendimento em saúde, preconizada pelo SUS via Estratégia de Saúde da

⁶ Para tanto, nossa adesão a Abordagem Cartográfica nos auxiliou na missão, por vezes difusa, de construir uma reflexão sobre as intensidades (vivas) presentes no fenômeno psicossocial da clínica ampliada, na tentativa última de constituição de uma pesquisa-devir engajada politicamente. aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Com isso não se abre mão do rigor, mas esse é resignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo, de que fala Canguilhem. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção. (Passos, Kastrup & Escóssia, 2015, p. 10-11)

Família, vulnerabilizando ainda mais as populações vítimas de ações governamentais sustentadas em uma necropolítica que esvaziou seus financiamentos e sustentabilidade.

1. CLÍNICA AMPLIADA: AS CONCEPÇÕES E A COMPLEXIDADE DE UM MOVIMENTO

O objetivo deste capítulo é apresentar o estado da arte com foco nas concepções de clínica ampliada desenvolvidas na literatura científica brasileira, buscando tipificar teoricamente como este conceito tem sido apresentado nas pesquisas. Para tanto, foi realizada uma pesquisa sistemática de literatura levantando e analisando produções brasileiras sobre o tema, propondo-se ainda, identificar as linhas que entrecruzam a clínica ampliada e o campo que a constitui.

1.1 Pistas iniciais

A interface Psicologia e Saúde tem sido uma experiência teórico-prática que vem se constituindo, no Brasil, a partir da inserção do psicólogo nos espaços do hospital e das políticas públicas em saúde. Este movimento proporcionou a constituição de um ambiente que problematiza a hegemonia do modelo biomédico na atenção em saúde, permitindo a construção crítica de propostas de humanização, dando espaço de fala aos usuários e à dimensão subjetiva do sofrimento perpassado, dentre outras coisas, por questões sociais e políticas presentes nos contextos concretamente vividos.

A hegemonia da perspectiva biomédica na definição do processo saúde-doença e do modelo no campo de atenção ao paciente, resulta de uma ampla influência do paradigma positivista científico, no que se refere tanto ao racionalismo dedutivo na busca da verdade universal quanto à visão dicotômica constituída no pensamento cartesiano. Nesse caminho, o nascimento da clínica médica é legitimado pela concepção nosográfica⁷ e classificatória do

⁷ Nosografia é o estudo/tratado com descrição, explicação e classificação das doenças.
<https://www.dicio.com.br/nosografia/>

adoecimento, pelo papel do médico como figura de saber-poder e pela engrenagem hospitalar como espaço unívoco da saúde (Forte, 2011).

Cabe destacar que a concepção de saúde adotada por este modelo tem como base de compreensão a *ausência de doença*, priorizando as desordens orgânicas sob o ponto de vista das alterações fisiológicas causadas por desequilíbrios bioquímicos, lesões ou por agentes biológicos (Travesso-Yepéz, 2001). Esta concepção de clínica médica racionalizada e voltada para as ciências naturais, influenciada pela Escola de Paris do século XIX, altera a relação dos pacientes com o cuidado de si, delegando à figura médica tal função, fato que subverte a perspectiva de um sujeito global em detrimento dos seus sintomas (Foucault, 1979).

Em outra vertente, destacamos as investigações de Freud e Breuer (1996) sobre a Histeria (1893-1895), nas quais o sofrimento é descrito como emergente de um corpo que extrapola a dimensão biológica, expressando-se na qualidade de um sintoma a ser lido e decifrado, como no enigma da Esfinge de Tebas. O adoecimento é aqui ancorado às questões subjetivas inconscientes, forjadas na relação com o outro (ou o grande Outro), perspectiva que amplia a visão biológico sintomática valorizando uma compreensão dinâmica e processual do contínuo saúde-doença.

Uma concepção de saúde de caráter mais político pode ser encontrada nos gregos antigos que, ao tratarem da relação do ser humano com a *polis*, enfatizaram a influência das ações estatais na melhoria da qualidade de vida e no favorecimento de uma educação em saúde (Westphal, 2006). Nesta direção, destacamos o conceito de saúde-doença na obra de Hipócrates (460 A.C), na qual se estabeleceu o nexos causal entre o adoecimento e a história do doente, sinalizando para uma conexão dos fatores emocionais e ambientais em sua constituição. Hipócrates considerava a doença como uma desorganização da unidade orgânica fortemente

ligada à dimensão histórica do indivíduo (passado, presente e futuro), dando destaque para a singularidade dos casos:

Nas doenças, aprendemos a extrair os sinais diagnósticos das seguintes considerações: da natureza humana em geral e da complexidade de cada um em particular; da doença; do doente, das prescrições médicas; daquele que prescreve, pois isto pode sugerir os receios ou as esperanças; da constituição da atmosfera, e das particularidades do céu de cada país, dos costumes; do regime alimentar; do modo de vida; da idade; dos discursos e das diferenças que eles oferecem; do silêncio; dos pensamentos que ocupam o doente [. . .]. (Ayache apud Volich, 2000, p. 24).

Uma concepção similar à de Hipócrates, numa perspectiva mais ampla, pode ser encontrada no escrito *Introduction à la Pensée Complèxe* de Edgar Morin (1990), no qual o autor nos apresenta sua *teoria do pensamento complexo*, abrindo caminhos para se vislumbrar um paradigma para além do positivismo cartesiano e considerar, concomitantemente, a unidade e a diversidade, os antagonismos e as complementaridades dos chamados processos planetários. A releitura dos “processos planetários” enquanto “processos de saúde” é proposta por Almeida Filho (2006), que busca oportunizar uma discussão sobre a necessidade de se lançar um olhar mais amplo sobre o tema saúde-doença:

A estratégia metodológica, capaz de explicar a complexidade dos fenômenos de saúde, não se resume a olhares múltiplos, coabitando ou coexistindo um certo campo científico, mas é preciso descobrir a unidade nessa imensa diversidade complexa de objetos, mirantes e olhares. [. . .] Algo maior do que a mera soma dessas formulações tem que ser construído a fim de viabilizar o entendimento dessa unidade na diversidade, o que envolve também os antagonismos cabíveis nesse discurso. (Almeida Filho, 2006, p. 35).

Nesta direção, as discussões objetivando ampliar o modelo biomédico de atenção à saúde iniciam-se por volta da década de 1970, com destaque para o Relatório Lalonde

desenvolvido pelo governo do Canadá, no qual se propõe que a saúde seja incluída em uma estratégia global de organização dos serviços associada ao debate sobre promoção de saúde. Por outro lado, apesar de destacar a compreensão de saúde tanto sob os determinantes da biologia humana quanto do ambiente natural e social, o relatório deu ênfase ao fator ‘estilo de vida’, o que passa a ser criticado na medida em que produz,

[. . .] assim, um processo de culpabilização dos pacientes (*blaming the victims*), com a consequente despolitização do problema, uma vez que o estado, mediante essa ênfase unilateral sobre os estilos de vida, joga para o nível individual, processos que têm um contorno sociopolítico mais ampliado. (Ferreira Neto & Kind, 2011, p. 35).

Diante das críticas às limitações do *Lalonde*, o Canadá volta a debater a questão em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa, ampliando as ações sobre o processo saúde-doença por meio da valorização do contexto social (Ferreira Neto & Kind, 2011). Vale ressaltar que, o discurso da Promoção de Saúde é determinante para a problematização do limite “invisível” que separa doentes e saudáveis, principalmente ao questionar a hegemonia de práticas e saberes em saúde voltados à disciplina e a docilização dos corpos, por um lado, e ao governo da vida enquanto biopolítica, por outro. Estes mecanismos de poder são problematizados por Foucault (2000) como disciplinares - com foco em forças de impacto individual sobre a manipulação e docilização dos corpos com fins utilitários; e regulamentares - com tecnologia voltada à vida, produzindo efeitos massivos.

Seguindo o fluxo das discussões em nível global, a Organização Mundial de Saúde, desde a década de 1990, tem estimulado o desenvolvimento de questionamentos ético-políticos que oportunizam pensar o contínuo saúde-doença enquanto resultante de determinantes plurais. Tal discussão remete a emergência dos conceitos de *fatores de risco* e de *condições de vida*, os quais ampliam o entendimento sobre saúde destacando o adoecimento enquanto um fator

potencial da superestrutura social, principalmente quando se trata de sociedades com desigualdades estruturais. Tais construtos trazem à tona a tensão público-privado, dando destaque às conjecturas sociais, econômicas e ambientais enquanto partícipes fundamentais nas questões que envolvem a saúde coletiva (Ferreira Neto & Kind, 2011).

No Brasil, a perspectiva da integralidade da promoção de saúde começa a ser discutida após a abertura democrática ocorrida no final dos anos de 1980, impulsionada pela promulgação da chamada Constituição Cidadã. Neste contexto, tal discussão é inserida no bojo da formação das políticas públicas em saúde, com destaque para o Sistema Único de Saúde (SUS), sob influência da ação dos movimentos sociais (movimentos eclesiais de base, sindicais, estudantis, feministas dentre outros).

No campo da Saúde Mental, com destaque para o movimento da Reforma Psiquiátrica, evidenciamos o protagonismo da Psicologia na busca da implementação de um modelo dinâmico de atenção à saúde, potencializando a crítica ao formato hospitalocêntrico e asilar e à exclusão e à invisibilidade do usuário, incluindo as dimensões política e social na construção da subjetividade, essencial aos processos de emancipação e autonomia (Francisco, 2016).

Estas discussões fortemente engendradas pela perspectiva psicossocial abrem espaço para uma nova concepção de clínica, perpassada pela visão dinâmica de ser humano, uma clínica ‘social e política’ com abordagem institucional, a qual trata-se:

[. . .] de uma proposta que procura escutar a multidimensionalidade do sofrimento humano nos diversos âmbitos em que se apresenta – desde o clínico ao psicoeducacional – à população normalmente excluída das ações públicas no âmbito da saúde, educação, justiça e segurança social. Visa através de suas intervenções proporcionar o resgate da cidadania e a reinserção social. (Francisco, 2016, p. 142).

O modelo de clínica emergente a partir dessa perspectiva apresenta-se enquanto saber/fazer engendrado por discursos, visões de mundo e de ser humano, técnicas, normas de

conduta e produção de subjetividades, sendo tudo permeado por uma ética, uma política e uma estética peculiares (Francisco, 2012). Ética pensada enquanto responsabilização da construção do cuidado integral, por meio de uma relação constituída a partir das peculiaridades do território, no qual habita a dimensão relacional; estética que oportuniza e nutre as potências criativas, produzindo espaços sociais de luta e expressão das ambiguidades; e, política enquanto campo de efetivação da justiça e da inclusão social. O movimento dessa clínica, portanto, constitui-se a partir de um conjunto de dispositivos⁸ que permitem, de modo estratégico, a possibilidade de intervenções no campo da promoção integral da saúde.

Quando se trata de políticas públicas em saúde, com destaque para os rumos tomados pelo governo brasileiro na primeira década do século XXI, salienta-se a emergência da proposta teórico/prática da Clínica Ampliada defendida no Plano Nacional de Humanização (PNH), lançado em 2003 pelo Governo Federal, o qual propõe intervir no âmbito dos usuários, dos profissionais e dos gestores da saúde, focando-se nas seguintes diretrizes: o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a valorização do trabalhador, a defesa dos direitos dos usuários e a clínica ampliada e partilhada (Oliveira, 2010). Este último tópico, enquanto proposta de intervenção clínica, é entendido como:

[. . .] uma ação em saúde, que vai além de um atendimento realizado por um profissional de saúde, que poderá receitar um remédio ou pedir exames para comprovar – ou não – um diagnóstico de uma doença. Significa, portanto, que as pessoas são vistas de forma ampliada e que não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Um hipertenso pode e será diferente de outro hipertenso e caso um deles esteja deprimido, se sentindo isolado ou desempregado, por exemplo, tudo isso interferirá no

⁸ O termo dispositivo é aqui utilizado na perspectiva proposta por Foucault (1999), que o caracteriza como: 1. Conjunto heterogêneo (linguístico e não linguístico) que inclui discursos, instituições, edifícios, medidas policiais etc., sendo, enfim, a rede entre estes elementos; 2. possui uma função estratégica inscrita em uma relação de poder; e, 3. Resulta do cruzamento entre relações de poder e saber. O dispositivo se localiza e emerge, portanto, a partir do emaranhado desses elementos citados por Foucault (1999).

desenvolvimento da sua doença, uma vez que cada pessoa é única, o que exige que os serviços de saúde o percebam como tal. (Oliveira, 2010, p.14).

O campo problemático no qual se estabelece a Clínica Ampliada caracteriza-se, desse modo, por dispositivos que se manifestam por meio da heterogeneidade discursiva presente na produção do aparato legal; das medidas de controle governamental; dos enunciados sobre humanização em saúde; e, por fim, na construção de uma clínica com engajamento político frente ao saber-poder biomédico. A emergência deste movimento, portanto, caracteriza-se pelo enredo histórico e político, permitindo “[. . .] ao dispositivo sua condição de irrupção e de transformação, tencionando, movimentando, provocando outros agenciamentos e conexões, se retrans-formando” (Francisco, 2017, pp. 24-25).

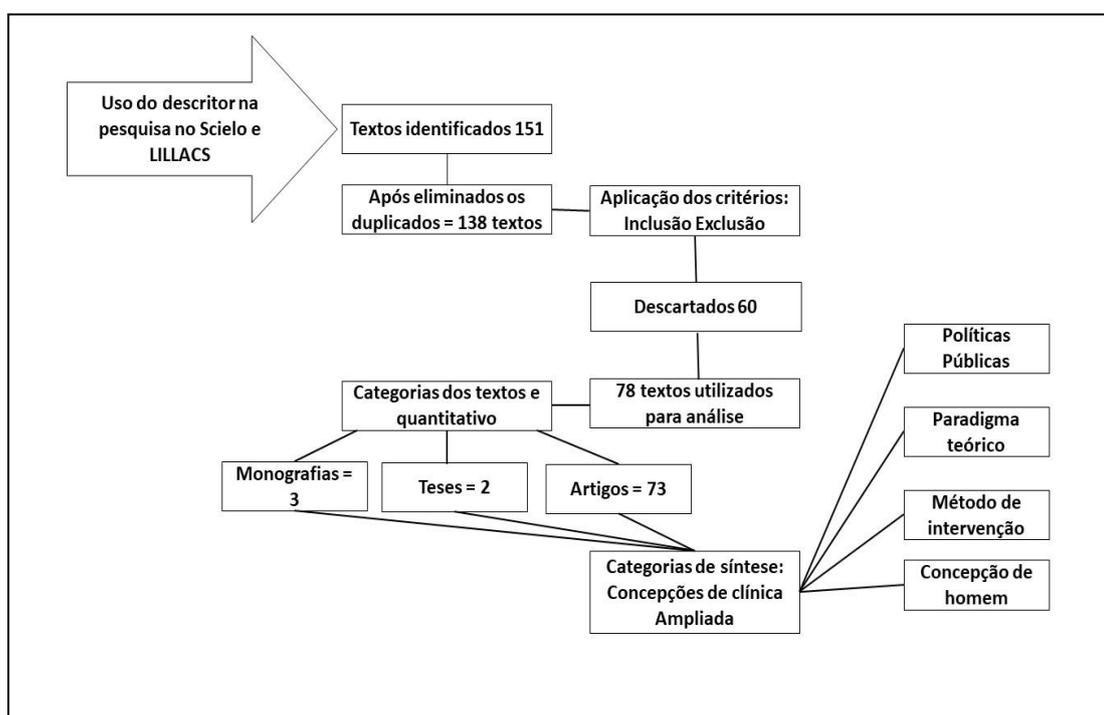
Neste terreno problemático, as concepções de Clínica Ampliada emergentes nas produções científicas brasileiras são diversas e difusas, apresentando perspectivas variadas e imbrincadas em sua constituição enquanto discurso e prática. Com o intuito de dar visibilidade a este campo-problema, foi realizada uma pesquisa em formato de revisão sistemática de literatura (Figura 1), construída a partir de produções indexadas no sistema de publicação Scielo e na base de dados do LILACS, acessadas por meio da Biblioteca Virtual Brasileira de Psicologia – BVS PSI, utilizando-se como descritor o binômio Clínica Ampliada⁹, desenvolvendo-se nas seguintes etapas:

- Acesso à BVS-PSI e inclusão do descritor;
- Verificação das ocorrências geradas somando as da Scielo e da Lilacs, o que totalizou 138 trabalhos entre artigos, teses, dissertações, livros e monografias;

⁹ Descritor extraído da Terminologia em Psicologia. <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>

- Aplicação dos critérios de inclusão, explicados adiante, chegando-se a um descarte de 60 textos a partir da leitura do título, do resumo e das palavras-chave;
- Organização dos 78 textos (Tabela 1) selecionados em planilha Excel©, classificando-os por ano de publicação, título, autor, revista, resumo, palavras-chave e concepção de clínica ampliada;
- Elaboração das categorias emergentes enquanto concepção de clínica ampliada, classificando-as em: política pública, concepção de ser humano, paradigma teórico e método de intervenção; e, realização da análise e discussão.

Figura 1 - Fluxograma da revisão de literatura



Fonte: Barros (2018).

Tabela 1 - Tipos de publicações utilizadas na pesquisa bibliográfica

TIPO	UTILIZADOS	DESCARTADOS	TOTAL
Dissertações	-	1	1
Monografias	3	-	3
Livros	-	5	5
Teses	2	11	13
Artigos	73	43	116
TOTAL	78	60	138

Fonte: Barros (2018).

A seleção dos textos tomou como base o período de 1999¹⁰ a 2017 e adotou os seguintes critérios de inclusão: apresentar o conceito ou uma concepção de Clínica Ampliada; produções em língua portuguesa no Brasil; e, serem textos oriundos de pesquisas de campo, objetivando identificar a articulação do conceito nas práticas em saúde. Enquanto critérios de exclusão, definimos: textos que apenas citavam o binômio “clínica ampliada”, sem defini-lo; textos resultantes de pesquisas bibliográficas; e, aqueles fora do período estipulado para revisão.

1.2 A Clínica Ampliada na perspectiva dos “ditos¹¹” acadêmicos

Os debates e discussões sobre saúde coletiva, no Brasil, avançaram significativamente a partir da década de 1990, abrindo espaço para a implementação de políticas e projetos

¹⁰De acordo com nossa pesquisa, a primeira publicação em artigo disponível sobre clínica ampliada foi encontrada em 1999.

¹¹ Termo aqui utilizado com o objetivo de expressar os vários usos do conceito de “clínica ampliada”, considerando sua emergência no campo das políticas públicas no Brasil sob a influência da Reforma psiquiátrica italiana, sendo logo incorporado pela pesquisa acadêmica na tentativa de circunscrever um fazer clínico

voltados à população vulnerável social e economicamente. Este movimento é acompanhado pelas demandas por um modelo de atendimento em saúde que pudesse complementar e ampliar o modelo biomédico vigente, oportunizando práticas que desenvolvessem um viés mais humanizado, multidisciplinar e politicamente engajado, o que foi proposto na década seguinte pela Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, juntamente com o modelo teórico-prático da Clínica Ampliada.

O primeiro texto identificado em nosso estudo tratando do termo Clínica Ampliada foi publicado por Campos (1999) na revista digital *Cadernos de Saúde Pública*, intitulado “Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde”, com abordagem voltada à concepção da medicina social. Diferente do significado dado em documentos oficiais lançados em anos posteriores ao estudo de Campos, o autor utiliza o binômio “clínica ampliada” para referir-se a um tipo de competência médica:

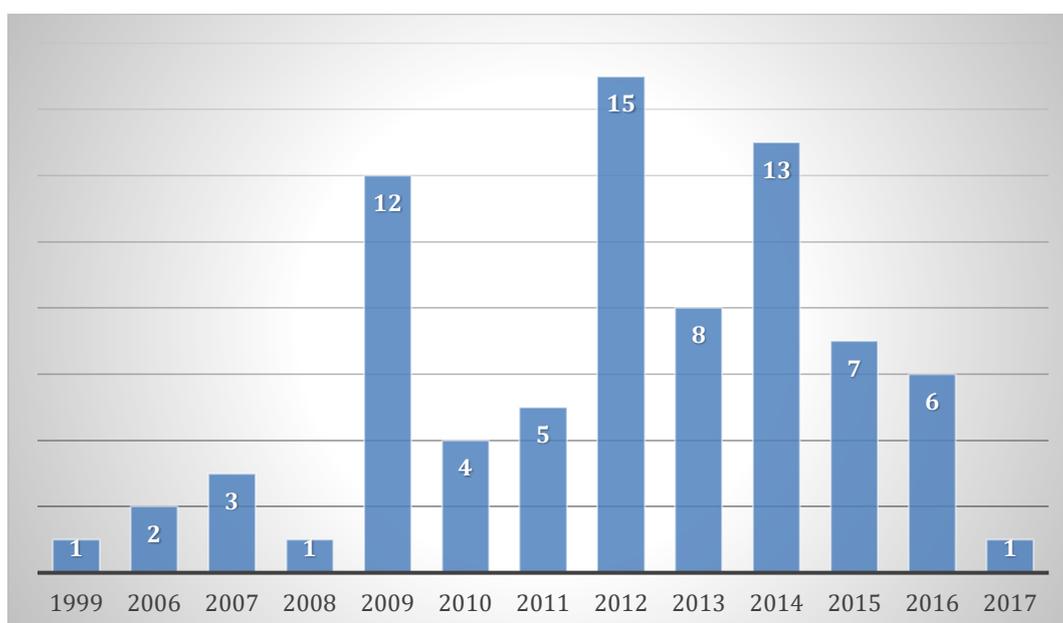
Partindo-se do pressuposto de que a principal qualidade dos médicos deveria ser sua capacidade de resolver problemas de saúde, o que implicaria sua competência para realizar o que se denominou de clínica ampliada (saber e prática que envolveriam aspectos biológicos, subjetivos e sociais), conclui-se pela inadequação do atual modelo de treinamento clínico. (Campos, 1999, p. 187).

A competência para desenvolver a “clínica ampliada”, na perspectiva de Campos (1999), parte de uma postura profissional aberta ao espaço de expansão dos saberes, responsabilidades e práticas em saúde, construindo uma crítica sobre a formação em Medicina que não proporciona ao estudante pensar a área de modo dinâmico e sob o viés sociopolítico. Apesar do avanço no que se refere ao foco no sofrimento ancorado na problemática social, o autor não problematiza o modelo biomédico nem discute a perspectiva interdisciplinar da atenção à saúde.

diferenciado do tradicional, ambientado no campo da intervenção interdisciplinar, psicossocial e com forte viés político.

As produções que debatem a Clínica Ampliada atingem seu ápice entre os anos de 2009 e 2016 (Figura 2), já diferenciando-se da proposta de Campos (1999) no tocante à conexão realizada com as políticas públicas em curso na época. Esse aumento do número de produções facultado, por exemplo, ao lançamento do Humaniza SUS¹² em 2003, oferta um ambiente potencializador amparado pelo discurso governamental progressista da época, aquecendo o debate sobre a necessidade de se construir intervenções em saúde que considerem aspectos como: integralidade e promoção de saúde, visão interdisciplinar, empoderamento dos usuários e a ação territorial e engajada em rede.

Figura 2 - Linha do tempo das publicações sobre Clínica Ampliada



Fonte: Barros (2018).

Os artigos publicados entre os anos 2006 e 2017 relacionam diretamente a Clínica Ampliada com o ambiente das políticas públicas de Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica¹³ e

¹² Termo utilizado nas cartilhas do Ministério da Saúde objetivando popularizar a PNH (2003).

¹³ A Reforma Psiquiátrica é marcada pela promulgação da Lei 10.216/2001. Este ambiente político de conquista de direitos para os usuários da saúde mental pode ter influenciado as publicações que tratam da Clínica Ampliada, na medida em que este modelo de intervenção dialoga com a proposta da Reforma. www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

humanização no SUS (Lins, Oliveira, V. M., & Coutinho, 2009; Hainz, & Costa-Rosa, 2009; Alves, & Francisco, 2009; Campos, & Melo, 2011; Mitsue, et al, 2012). Essa alta na produção oportunizada pelo ambiente de propostas progressistas dos governos da época é seguido pela queda nas publicações, entre 2016 e 2017, enquanto possível reflexo da crise política que assola o país desde então, impactando no desmonte das políticas públicas em saúde no tocante à Atenção Básica (Gallass, et al, 2014; Bento, et al., 2015; Raimundi, et al., 2016).

Neste contexto de crise e retrocesso político, percebe-se a ascensão de um viés mais conservador e reacionário no campo da saúde, a exemplo da retomada do discurso higienista e de valorização do modelo hospitalocêntrico no tocante à saúde mental. Processo que pode ser visto na elaboração da Nota Técnica N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS¹⁴, na qual se passa a incentivar o aumento na oferta de leitos em hospitais psiquiátricos no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) passam por sérias ações de sucateamento.

Esse processo de enfraquecimento da RAPS é um dado que ressalta para nosso estudo, considerando que a concepção de clínica ampliada aparece fortemente atrelada às produções que tratam da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica. Assim, quando distribuídos por área, a maioria dos autores tem suas publicações concentradas principalmente na Psicologia, seguida pela Saúde Coletiva e pela Enfermagem (Tabela 2). A intensa produção sobre a clínica ampliada no campo da Psicologia, reforça seu lugar historicamente demarcado como ciência e

¹⁴ “O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos”. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

profissão protagonista no que se refere às lutas políticas encampadas na Reforma Psiquiátrica brasileira.

Tabela 2 - Áreas de conhecimento que tratam sobre Clínica Ampliada

Área	Quantitativo	Subárea
Psicologia	43	Psicoterapia, Dependência Química, Formação, Saúde Mental, Gestalterapia, Sociodrama, Educação, Psicanálise.
Saúde Coletiva	22	Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde do Homem, Matriciamento, Saúde do Trabalhador, Bioética.
Enfermagem	06	Atenção Básica, Reabilitação, Dependência Química, Dor.
Educação Física	02	Práticas Corporais e Cuidado, Formação profissional.
Terapia Ocupacional	01	Contexto Hospitalar,
Medicina	02	Formação Profissional.
Nutrição	01	Atenção nutricional e matriciamento.
Odontologia	01	Atuação multiprofissional.
Total	78	

Fonte: Pesquisa sistemática (2018).

O que também se destaca nos dados da tabela 2, é o baixo número de produções em outras áreas da saúde como: Educação Física, Terapia Ocupacional, Medicina, Nutrição e Odontologia. Em relação à Medicina, especificamente, relacionamos tal situação a uma possível resistência à crítica feita pelo paradigma que norteia a Clínica Ampliada no tocante aos dispositivos de saber-poder legitimados pela supremacia do ato médico, bem como ao próprio modelo biomédico de atenção à saúde.

O campo problemático que envolve as produções investigadas apresenta-se bastante dinâmico, controverso e perpassado por forças linhas de transversalidade entre o instituído e o instituinte. As concepções de Clínica Ampliada destacadas adiante sinalizam um modo

específico de promoção e prevenção em saúde, constituído por uma estética que veicula formas diversas e criativas de manejo interventivo; ideais de ser humano que dinamizam a concepção biomédica de saúde doença, abrindo espaço para uma ética que norteia e questiona as posições sociais (Murta & Marinho, 2009); e, questões que envolvem uma crítica social às posições de privilégio que algumas áreas da saúde ocupam, uma política que interroga aquilo que institui as relações com o ser humano enquanto ator de sua história ou subordinado a ela (Machado, Vasconcelos & Melo, 2012).

1.3 Por uma *tipologia* das concepções de clínica ampliada

As concepções emergentes nos textos estudados revelam a amplitude do campo de tensões que envolve a Clínica Ampliada enquanto teia de enunciados, discursos e práticas de saber-poder, ofertando-nos uma perspectiva que inclui esse modelo de intervenção em um plano de possibilidades, entre o teórico e o prático ainda em construção.

A partir da identificação de tais categorias e de suas aproximações conceituais, organizamos uma tipologia que foi dividida didaticamente nas seguintes categorias: política pública, paradigma teórico, concepções de ser humano e método de intervenção. Cada categoria revela sinteticamente conceitos imbricados em sua constituição, proporcionando uma perspectiva geral sobre o tema a partir do olhar de vários autores.

1.3.1 Políticas Públicas

Clínica ampliada é um conceito que emerge e se substancializa, no cenário brasileiro, a partir da implementação das políticas públicas de saúde, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Atenção Básica e, especificamente, à Política Nacional de Humanização (PNH). Desse modo, está diretamente vinculada à atuação do PNH/SUS, servindo como porta de entrada da ESF e constituindo-se enquanto dispositivo de gestão democrática, interdisciplinar e intersetorial, a partir de estratégias de enfrentamento ao sofrimento através da valorização do vínculo com o usuário e sua rede social.

Na perspectiva de Campos & Melo (2011), essa concepção de clínica apresenta-se como proposta que reformula as práticas em saúde (profissional e gestão), constituindo um *modus operandi* interdisciplinar que possa “[...] enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos saberes até então instituídos, considerando a complexidade do sujeito e o processo de adoecimento em cada caso” (p. 190).

Neste caminho, a valorização do interdisciplinar serve de reforço na gestão do cuidado integral, constituindo-se enquanto intervenção em saúde que articula clínica e política (Ferreira Neto, 2008). Processo que não se distancia da clínica da reabilitação psicossocial, buscando na superação da clínica tradicional a indissociabilidade entre subjetividade e cidadania.

Essa propositura entre a clínica individualizante, a saúde pública e a gestão, promove a função integradora e ampliada que se constitui enquanto estratégia de política pública, a qual problematiza os processos subjetivos em seus modos de existir no bojo da sociedade capitalista (Ribeiro & Goto, 2012). Essa clínica ampliada (e política), alinhada à Estratégia de Saúde da Família – ESF, valoriza tanto os determinantes sociais como os dados epidemiológicos, construindo um referencial de Saúde Coletiva que teve seu ponto de partida na expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), que

[...] trouxe em seu bojo alguns desafios conceituais, como a necessidade de buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar. (Nogueira, 2009, p. 263).

Esse processo de integração biopsicossocial é também discutido por Iway e Rosa (2014, p. 08) ao remeterem a ideia de clínica ampliada como uma política que busca promover transformações significativas na vida do sujeito, buscando construir práticas que reduzam “[...]”

condutas referenciadas por prescrições de saúde verticalizadas, muitas vezes aderidas pré-reflexivamente”. Nesse sentido, o rompimento dessa cadeia alienante de “referência/contra referência” na produção de uma clínica multiprofissional e nosográfica, impulsiona um modelo “ampliado e partilhado” que atua como mecanismo de fortalecimento da autonomia do usuário, construindo uma crítica à perspectiva sanitária e unívoca de pensar saúde-doença, evocando-se os desejos e as condições de existência como motes cruciais na promoção de saúde (Santos, 2006).

Enquanto política pública, a clínica ampliada carrega uma tradição subversiva, na medida em que busca romper com modelos hegemônicos de cuidado, desterritorializando a subjetividade e os modos de sofrimento para ancorá-los no social. Para tanto, fez necessário a adesão a outros paradigmas que devem embasar tanto a concepção de ser humano como o saber-fazer enquanto promoção de saúde.

1.3.2 Paradigma Teórico

O paradigma que norteia a proposta da clínica ampliada é historicamente ligado a perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana, no que se refere ao movimento que buscou romper com o modelo tradicional de clínica individualizada e asilar, dando ênfase a dimensão política em busca da cidadania do paciente e no acolhimento do sofrimento para além do biológico (Bezerra, 2009). Essa perspectiva se constituiu, então, ao lado de outros dois modelos de clínica: a tradicional e a psicanalítica, sendo aquela amplamente influenciada pelo padrão das ciências naturais positivistas, que construiu como única resposta à doença mental - a exclusão via manicômio.

Nesta direção, a clínica ampliada também é apresentada enquanto espaço de superação da dicotomia indivíduo/sociedade, público/privado, problematizando, assim, a concepção de

saúde/doença, na medida em que entende tal processo como parte da totalidade do sujeito e de sua alteridade.

O cuidado centrado na doença tende a generalizar as pessoas e a desvalorizar a individualidade ao considerar a doença como o único foco de cuidado. Limita, pois, as necessidades de saúde dos sujeitos a um diagnóstico biológico, restringindo as possibilidades de cuidado e reduzindo o sofrimento a um evento quando, na verdade, é um fenômeno. No sentido de superar esses problemas, a clínica ampliada surge como uma alternativa para respeitar a individualidade contextualizada de cada pessoa, abordando-a em sua totalidade existencial ao contemplar, simultaneamente e de modo articulado, os aspectos biológicos, sociais e psicológicos do fenômeno do adoecimento; oportunizando, assim, um manejo mais eficaz do complexo processo de cuidado em saúde. (Gallassi et al., 2014, p. 182).

A complexificação do processo saúde-doença, enquanto paradigma que se opõe ao biomédico, oportuniza o desenvolvimento de um espaço de diálogo entre os saberes que falam sobre o sofrimento numa interface entre política e processos de subjetivação, na superação do discurso biologizante em direção ao apelo intersubjetivo.

Esse olhar compreende questionamentos para além dos dados biométricos e clínicos tradicionais, incluindo quesitos da clínica ampliada, objetivando entender a subjetividade e os determinantes sociais inerentes àqueles dados epidemiológicos. Para Campos e Amaral, a construção da clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva de forma a possibilitar que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados. A clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. (Oliveira et al., 2014, p.756).

Aderir ao paradigma da complexidade torna a clínica ampliada espaço de construção no campo da multiplicidade, na medida em que suas práticas permitem a passagem de um potencial promotor de saúde na “[...] construção de uma síntese entre a clínica individualizante, a saúde pública e a gestão, respeitando cada saber técnico de caráter profissional em sua gênese formativa e o saber popular” (Diógenes & Pontes, 2016, p.162). Esse movimento, há muito tempo relegado para segundo plano, quando se trata da hegemonia de uma ciência positivista que impõe seu saber-poder como verdade, resiste às forças que tenta a todo o tempo eclipsar a importância da dimensão político-subjetiva no que se refere à saúde.

1.3.3 Método de intervenção

O aspecto interventivo da Clínica Ampliada é apresentado nas produções investigadas a partir da perspectiva da promoção e prevenção em saúde, construída com foco no sujeito e não na doença, a partir de uma abordagem institucional/grupal, transdisciplinar e multiprofissional, construindo uma ampliação da psicoterapia individual entrelaçada com as demandas sociais (Raimundi et al., 2016). A construção do Projeto Terapêutico Singular – TPS, a redução de danos, a reabilitação psicossocial e os cuidados paliativos, são alguns exemplos de estratégias interventivas da clínica ampliada, as quais interferem positivamente no desenvolvimento coletivo de modos de enfrentamento às vulnerabilidades.

Apreende-se o quão importante é a avaliação de como vem se concretizando essa estratégia inovadora e se a mesma vem seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde [. . .]. Além disso, sugere-se que seja implantado na clínica um projeto de educação permanente, com o objetivo de concretizar as mudanças necessárias para gerir o cuidado e as demandas do serviço, voltadas à Clínica Ampliada. (Raimundi et al., 2016, p. 135).

A Clínica Ampliada se constitui, desse modo, enquanto prática psicossocial inclusiva, educativa e comunitária, desenvolvendo-se, ainda, como instrumento para gestores e profissionais no fortalecimento da integralidade e da universalidade em saúde, com saberes instrumentalizados para respostas singulares (Souza & Carvalho, 2012). Nesse caminho:

Uma compreensão mais abrangente do sofrimento envolve, por outro lado, ações também mais abrangentes que não apenas aquelas estipuladas pela prática clínica tradicional. As práticas reclamam por uma intervenção que envolve, dentre outras possíveis modalidades clínicas, o matriciamento com diferentes profissionais, em especial as Equipes de Saúde da Família, e a clínica ampliada, que envolve a atenção intersetorial, como, por exemplo, a educação, a assistência e a segurança (Faria, 2012, p.49).

O matriciamento¹⁵ apresenta-se como prática metodológica primordial ao funcionamento da clínica ampliada, abrindo possibilidades reais para o desenrolar de ações interventivas que abranjam os processos subjetivos em toda sua complexidade e singularidade. O apoio matricial se constitui enquanto atuação intersetorial e interdisciplinar em saúde, a partir da interconexão em rede de serviços do SUS, abrangendo o diálogo entre Atenção Básica e Saúde Mental na construção de um modelo de atenção com viés ampliado e partilhado.

A Clínica Ampliada é apresentada nos trabalhos de tese analisados, enquanto perspectiva metodológica, conjunto de intervenções constituídas por enquadres clínicos diferenciados, incluindo o aspecto bioético (Zoboli, 2009). Na tese desenvolvida por Genaro

¹⁵ Matriciamento é um processo também conhecido como Apoio Matricial, que envolve duas ou mais equipes na construção compartilhada de uma intervenção pedagógico-terapêutica, estruturando um cuidado colaborativo entre Atenção Básica e Saúde Mental. Em alternativa ao modelo tradicional de saúde (organizado de modo vertical e hierarquizado com transferência de responsabilidade por meio de comunicação precária, como nos pareceres de contratransferência), o apoio matricial ocorre de modo horizontal visando atenuar a burocracia nos diferentes níveis de saberes assistenciais (equipe de referência – ESF, e equipe de apoio matricial – Saúde Mental). Desse modo, o trabalho dessas equipes passa por arranjos organizacionais e metodologias de gestão, objetivando expandir a realização da clínica ampliada; não se confundido com o atendimento especializado, mas atuando como apoio técnico às equipes interdisciplinares para ampliar o campo de atuação e qualificar ações em saúde, a exemplo da construção do Projeto Terapêutico Singular - TPS. (Chiaverini, 2011).

Júnior (2013) sobre a “Clínica do envelhecimento”, o autor aborda tais enquadres a partir de um conjunto de dispositivos operacionalizados por meio do Acompanhamento Terapêutico – AT com idosos, entendido como um “*setting* flexível e móvel” constituído por intervenções tanto no campo individual como grupal:

Percebemos que a clínica psicológica, na velhice, torna-se campo fecundo para sustentação das angústias próprias desse momento de vida. Seja o grupo como espaço potencial, ou a presença do clínico que possibilita a transacionalidade, que oferta lugar, tais aspectos são favorecidos pela alteridade necessária e justa, relacionada às vicissitudes próprias da velhice, sem se arriscar na redução dessas necessidades, seja aos aspectos orgânicos funcionais, seja ao determinismo metapsicológico da psicanálise clássica. (Genaro Júnior, 2013, p. 19).

Nesse caminho, a concepção de Clínica Ampliada enquanto *setting* de intervenção institucional, também aparece na tese de Rogone (2006), intitulada “*Psicanálise e Cidadania: correndo rico e tecendo laços*”. Em seu texto, a autora busca destacar a importância do trabalho analítico direcionado ao sujeito singular no campo institucional, com foco nos entrelaçamentos do inconsciente e na produção do sintoma na relação com o pulsional. Essa ampliação do campo freudiano, atua na constituição de um caminho que vai do real ao simbólico”, o que nomeia, segunda a autora, “[. . .] uma clínica psicanalítica ampliada que ocorre em uma instituição cujo discurso apresenta-se como o avesso do Discurso do Analista. E que tem como referência o entendimento lacaniano de inconsciente como um dispositivo de produção do sentido. (Rogone, 2006, p. 35).

Tal aporte teórico serve a autora como mote na constituição da clínica (psicanalítica) ampliada, enquanto método de intervenção que pode se fazer presente em instituições de saúde, educação e assistência social. Destacando ainda, que a relação entre essa expressão da clínica

e o trabalho em instituições não é regra, mas que tal modelo pode conviver tranquilamente nesses territórios com o *setting* psicanalítico tradicional.

As produções apontam, desse modo, para a importância de transpor as barreiras do multiprofissional, compactuado com uma atuação clínica inserida em contextos psicossociais. O *modus operandi* da clínica ampliada, portanto, versaria sobre um modelo matricial em rede de atendimento, a partir de uma terapêutica crítica e engajada politicamente (Reis, 2006).

1.3.4 CONCEPÇÃO DE SER HUMANO

O indivíduo concebido na clínica ampliada é apresentado nas produções estudadas enquanto sujeito coletivo, discursivo, complexo, singular e conjectural, detentor de uma subjetividade que não se revela por uma interioridade psicológica, mas que é forjado nas dinâmicas sócio-históricas:

A clínica ampliada foi entendida pelos especialistas como uma maneira de visualizar a pessoa de forma integrada, considerando sua dimensão subjetiva, bem como seus aspectos biológicos e sociais. Dessa forma, considerá-lo como sujeito singular e complexo implica a abordagem de diferentes perspectivas que permitam atender a todas as suas necessidades, neste caso, mediante a construção de projetos terapêuticos singularizados com a corresponsabilização de todos os atores envolvidos. (Gerhardt, Medina & Hirdes, 2014, p, 152).

Neste sentido, a perspectiva do sujeito/usuário remete ao indivíduo autônomo e descolado de um quadro nosográfico, superando-se estereótipos de passividade diante do processo saúde/doença. No bojo dessa perspectiva cabe destacar os determinantes socioambientais do sofrimento e da promoção de saúde, permitindo uma abertura aos saberes diversos,

[...] incluindo, no foco do tratamento, toda gama de aspectos da vida do usuário implicada em sua posição de sofrimento. Isto implica, para além do alívio dos sintomas, orientação à família, suporte social, criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, garantia de direitos, dentre outras ações. (Bezerra & Rinaldo, 2009, p. 344).

A concepção multifacetada de ser humano, portanto, abre o debate para se pensar o sujeito/usuário em seus diversos modos de sofrimento, por muito tempo compartimentado pela perspectiva biomédica/cartesiana para dar conta apenas de uma fração da sua manifestação - a biológica. Considerar o conceito de sujeito presente na proposta da clínica ampliada exige, portanto, ponderar sobre:

[...] o reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes em relação à singularidade do sujeito, tendo vista que a generalização está condenada a ser parcial em toda situação singular (a classificação de patologias, por exemplo); e a criação e a produção de um projeto terapêutico que leve em conta as diferenças singulares de sujeito, tendo como base justamente os limites do “Universal” para se compreender o “Singular”. (Mota & Goto, 2009, p.523).

Os dois pontos destacados pelos autores – os limites ontológicos na generalização da categoria *singularidade*; e o uso do projeto terapêutico como resistência à universalização do sofrimento – servem de mote para se problematizar a constituição de um usuário/sujeito no campo da clínica ampliada. Construção somente possível a partir do deslocamento das intervenções individualizadas para as comunitárias, as quais constituem um campo psicossocial no qual se entrecruzam práticas e saberes transdisciplinares (Hirdes, 2009).

O campo psicossocial e transdisciplinar, nesse contexto, passa diretamente por uma clínica embasada numa abordagem humanizada e sensível aos condicionantes sociais, posição que marca um lugar de crítica ao paradigma vigente em saúde, o biomédico. Caminho que

complexifica a concepção de ser humano, rompendo com a ideia unilateral no que se refere à compreensão sobre o processo saúde-doença, por exemplo.

Essa perspectiva é desenvolvida na tese de Braga (2010), no que se refere ao estudo de um conjunto de experiências de supervisão, nas quais se percebeu que a articulação entre plantão psicológico e a cartografia oportuniza uma práxis que leva à Clínica Ampliada, compreendida

[...] para além do relacionamento dual no atendimento psicológico, compreendendo suas múltiplas ações no cenário das relações humanas em que a práxis ocorre. [...] Dimensões históricas, políticas, antropológicas, sociais e outras transpassam a relação clínica construída com cada ator institucional. A consideração dessas dimensões não apenas teoricamente, mas na constatação prática das experiências vividas no campo e como parte integrante da ação psicológica leva diversos supervisores a associar a ação desenvolvida com a concepção de clínica ampliada, desenvolvida principalmente nos contextos de formulação do SUS e de transformações históricas na saúde mental. (Braga, 2010, p. 243).

As teses aqui apresentadas nos trazem a clínica ampliada concebida a partir de três concepções: como método de intervenção, como enquadre clínico e como abordagem tipicamente institucional (focos nos grupos). Cabe destacar, que tais concepções só são possíveis a partir da contextualização dos processos subjetivos como sociais, um rompimento com o paradigma de uma subjetividade interiorizada, abstrata e inconsciente.

Essas produções destacam a clínica ampliada a partir do que preconiza o PNH, focalizando numa visão ético-política do cuidar, vinculada a uma concepção de ser humano multifacetado e que precisa receber um cuidado estruturado a partir dessa característica. Nesse contexto, a clínica é concebida como ampliada

[...] na medida em que considera como importantes os diversos planos constituintes da vida. É, portanto, uma proposta ética, já que valoriza a vida em sua pluralidade.

Operacionalizando melhor esse conceito, de acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) sobre Clínica Ampliada (Brasil, 2004b), tal clínica é entendida como: Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores [...]; assumir um compromisso ético profundo. (Santos, 2006, p.26).

O entrecruzamento de perspectivas de ser humano, paradigmas, métodos e arranjos de políticas públicas, compõe a rede constituidora dos dispositivos que sustentam a “corporeidade” das concepções de Clínica Ampliada identificadas aqui, dando-nos subsídios para a problematização desse campo.

As produções estudadas marcam, portanto, um divisor de águas no que se refere a pensar e fazer intervenções no campo da saúde, com destaque para a emergência da discussão política feita no bojo da Reforma Psiquiátrica que, dentre muitas coisas, questionou o saber-poder da medicina e a exclusão social dos usuários a partir de um modelo asilar de descuido com a saúde mental/integral. Desse modo, é possível identificar que tal discussão se espalha por várias áreas de conhecimento no campo da saúde, com destaque para a Psicologia e a Enfermagem, mobilizando pesquisas impulsionadas pelo contexto no qual as políticas públicas de caráter progressista emergiram, impulsionando discussões sobre a Clínica Ampliada a partir do núcleo discursivo do Estado.

A conjuntura histórica que envolveu as produções estudadas no período 1999 a 2017, nos serve de base para localizar nosso trabalho enquanto artífice de resistência, considerando o desmonte que as políticas públicas que dão sustentação oficial à clínica ampliada têm sofrido a partir de 2016, como resultado da crise política que assola o país desde então. Nesse sentido, percebe-se de modo geral que as publicações feitas neste período, não tiveram como foco os atravessamentos políticos, econômicos e ideológicos que a concepção de Clínica Ampliada

carrega em sua constituição, principalmente no que se refere à resistência ao paradigma que centraliza o saber-poder sobre a saúde e o usuário, o paradigma biomédico.

A identificação das linhas que transversalizam a experiência da clínica ampliada, nos campos do instituído e do instituinte, melhor desenvolvidas nos próximos capítulos, nos permite traçar uma perspectiva crítica sobre sua constituição e sobre os movimentos vivenciados por este modelo nos últimos anos. Destacamos, ainda, que sua existência é fundamental na formatação de uma política pública que universalize e integralize uma atenção em saúde promotora de espaços de expressão dos processos subjetivos, que pedem passagem e reconhecimento.

As concepções aqui identificadas - Visão de ser humano; paradigma teórico; método de intervenção; e, políticas públicas; nos servem de base para problematizar o espaço que a clínica ampliada pode ofertar à reinvenção das práticas da psicologia no campo saúde. Tal movimento, ainda que em gestação, pode ser identificado pela atenção dada pelos autores estudados (principalmente no campo da psicologia) aos aspectos dinâmicos que constituem o processo saúde-doença, ensaiando um discurso interdisciplinar e psicossocial.

Cabe destacar, que tal movimento também é percebido junto as produções acadêmicas pesquisadas no tocante a predominância de alguns temas como: integralidade e promoção de saúde; enfrentamento à vulnerabilidade social; compreensão do sofrimento ancorado às demandas socioeconômicas; e, criação de espaços que oportunizem o empoderamento dos usuários dos serviços de saúde.

No capítulo que segue, buscaremos discutir as possíveis tensões entre os paradigmas biomédico e psicossocial tendo como suporte alguns elementos teóricos da Esquizoanálise e da Análise Institucional, propostas por Deleuze e Guattari. Caminho percorrido no sentido de identificar os determinantes que constituem o campo de forças que dá alicerce a clínica

ampliada no âmbito das políticas públicas de saúde, problematizando os agenciamentos que lhe dão movimento enquanto mecanismo produtor de subjetivação.

2. CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DA CLÍNICA AMPLIADA

O presente capítulo objetiva identificar e analisar possíveis tensões geradas entre o paradigma biomédico e a perspectiva psicossocial abarcada pela Clínica Ampliada, considerando o campo de forças que serve de território para sua emergência no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil, com destaque para os entrecruzamentos éticos, estéticos e políticos.

2.1 As malhas de uma Clínica Médica

O modelo de atendimento em saúde ambientado na medicina moderna, forjada no século XIX nos moldes da Escola de Paris, distancia-se de uma concepção holística e global de sujeito, identificando-o enquanto “portador” passivo de um conjunto de sintomas que o personificam como uma “entidade nosográfica”.

Essa concepção é fruto das diversas transformações sofridas pelo saber-poder médico desde sua gênese, a exemplo do nascimento da clínica com caráter corporativo, historicamente ambientada no século XVIII (Foucault, 2008). Nesse período iniciou-se a ascensão socioeconômica e política do papel do médico, tanto no que se refere ao domínio sobre os serviços de atenção em saúde (gestão das organizações hospitalares nos campos público e privado), como na produção de enunciados de saber-poder sobre os corpos sãos e incapacitados pelas patologias (biopoder)¹⁶. Contexto que gerou como efeito colateral um paciente¹⁷

¹⁶ Biopoder é aqui utilizado na perspectiva de Foucault, uma política de regulamentação dos corpos enquanto necessidade infringida pelo capital em reproduzir-se e produzir-se, exercendo controle sobre os corpos visando uma individualização destinada a modelar e gerir os indivíduos e sua existência (Revel, 2005).

¹⁷ O termo paciente começou a ser utilizado no século XIV e está relacionado com a pessoa que tem paciência, sereno, conformado. [. . .] Entretanto, a sua utilização pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo refere-se à palavra *sofredor*, derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer (Saito et al., 2013, p. 176).

expropriado do “cuidado de si” (cuidado e saber sobre sua própria vida, sua saúde), delegada agora ao especialista médico e ao sistema de saúde:

Por conseguinte, dispositivos de verdade de ações políticas atuais sustentam o discurso de governar em nome da vida, do seu cuidado e conservação, na busca de uma “qualidade de vida” e longevidade, refletindo o sentido de uma biopolítica (política em nome da vida/fazer viver). Todavia, tais dispositivos operam, ao mesmo tempo, a partir de uma crescente dependência da vida à administração e ao controle de um biopoder. (Gomes, Ferreri & Lemos, 2018, p.156).

A biopolítica¹⁸ acaba por influenciar o processo de nascimento das especialidades médicas, bem como a transformação da relação médico-paciente, antes ambientada em uma clínica geral que tratava do doente em sua alcova doméstica. Processo que vai dando lugar a uma medicina social, que constitui um status reforçador do privilégio político-econômico assumido por esta classe de profissionais (Fortes, 2011).

Nesse ínterim, a criação do consultório particular proporciona a formatação de um dispositivo¹⁹ que fortalece a centralidade do saber-poder médico, a partir de um espaço menos humanizado e que evita o olhar crítico do núcleo familiar do doente (em oposição ao atendimento domiciliar), esfacelando a relação de afetação médico-paciente. Movimento que constitui uma diretiva comportamental quase militar, estimulada pelas corporações médicas na composição de um modelo de atendimento clínico tecnicista, desafetado e com foco no quadro sintomatológico (agora, o paciente é quem deve se deslocar até o médico, ao qual entrega sua saúde, sua vida, seu tempo).

¹⁸ Biopolítica, na perspectiva foucaultiana, apresenta-se como um conjunto de forças que detêm o poder de regular conjuntos de indivíduos ou populações por meio de práticas disciplinares, constituídas por mecanismos diversos de controle da vida. (Revel, 2005).

¹⁹ Dispositivo é aqui entendido enquanto rede localizada entre discursos, instituições, arquitetura, medidas de controle etc., desenvolvendo uma função estratégica inscrita e resultante do cruzamento entre relações de saber/poder (Foucault, 1999).

Este lugar de subordinação do enfermo ao saber-poder biomédico e ao seu “sacrossanto” espaço de cura (o consultório), pode ser exemplificado no texto de 1896 do escritor alemão Wolf (como citado em Fortes, 2011, p. 210), no qual retrata um conjunto de conselhos dados aos médicos alemães sobre seu comportamento e a relação com o seu paciente:

O médico deve ser determinado e seguro nas suas ordens, ele manda, e quanto mais curta for a ordem, mais prontamente poderá ser obedecida, maior será a confiança despertada pelo paciente em relação ao médico [. . .] consultas demoradas enfraquecem a eficácia de uma receita e roubam a autoridade do médico.

Essa perspectiva tecnicista de atendimento, reforçada no seio do paradigma biomédico, começa a ser problematizada por um conjunto de debates que trazem em seu âmago a possibilidade de se pensar os cuidados em saúde como responsabilidade coletiva, estatal e com forte viés político. O campo de forças que fomentou esse debate foi marcado por discussões de âmbito internacional e que acabaram por influenciar as políticas públicas de saúde no contexto brasileiro.

Nesse caminho, destaca-se a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde²⁰, realizada em 1978 pela OMS/UNICEF em Alma-Ata no Cazaquistão, na qual se reafirmou o sentido de saúde como direito humano fundamental (MENDES, 2004). Na década seguinte, em 1986, os debates continuaram na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde organizada pela OMS em conjunto com a Associação de Saúde Pública Canadense e Ministério da Saúde e Bem-Estar do Canadá, resultando na chamada Carta de Ottawa²¹,

²⁰ De acordo com a Declaração de Alma-Ata, ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (Mendes, 2004, p. 447).

²¹ Seguindo este caminho, Mendes (2004) destaca outras importantes conferências que foram sendo desenvolvidas sobre o tema: Suécia com a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1991; Conferência

atendendo a uma demanda mundial por uma nova concepção de saúde pública que atendesse às necessidades dos países industrializados (RABELO, 2010).

No Brasil, apesar dos debates acontecerem desde 1941, quando da 1ª Conferência Nacional de Saúde, foi somente a partir da década de 1980 com as 7ª e 8ª Conferências Nacionais de Saúde, que se inicia a discussão acerca da superação da visão assistencialista em saúde, ampliando-se os debates que se alinharam às demandas sinalizadas no cenário internacional, fato que só foi possível a partir do contexto proporcionado pela abertura política do país com o fim da ditadura militar.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde os olhares se voltaram para a extensão das ações de saúde por meio de serviços básicos, com a implantação e o desenvolvimento do chamado Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (PREV-Saúde); já na 8ª Conferência Nacional de Saúde²², em 1986, ocorre o ápice das discussões sobre a implantação de uma reforma sanitária, a qual buscava construir uma ação institucional de ampliação do conceito de saúde incorporando-se a perspectiva da promoção, da proteção e da recuperação, o que culminaria na reformulação do Sistema Nacional de Saúde e das formas de financiamento do setor. O marco dessa conferência foi, então, a participação efetiva por parte da população em todas as discussões, perfazendo na concretização de exigências contidas, posteriormente, na Constituição Federal de 1988 (a Constituição Cidadã), com reflexo na instituição das Leis

Mundial sobre o Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro em 1992; Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi em Bogotá, Colômbia, em 1992; em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma Declaração reiterando a estratégia de Saúde com a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais.

²² Centro Cultural do Ministério da Saúde (2020). Recuperado de link com endereço (<http://www.ccms.saude.gov.br/conferencias-nacionais-de-saude-contribuicoes-para-construcao-do-sus>).

Orgânicas 8.080/90²³ e 8.142/90²⁴ conectadas com o forte viés político da concepção ampliada de saúde.

O modelo ampliado de clínica, portanto, possui diversos atravessamentos políticos, discursivos e econômicos, o que engendra um conjunto de práticas ainda em construção (e desconstrução) no campo das políticas públicas. Contexto problemático que se revela, por exemplo: na construção de uma política pública que, porventura, privilegie determinado modelo de atenção em saúde, com foco na intervenção curativa e ambulatorial por exemplo; em sua execução precária diante das demandas populacionais, com desvios de verbas feitos pela corrupção e sucateamento dos serviços; na formação deficitária de profissionais negligenciando práticas inter e multidisciplinares; e na precarização do trabalho, com baixos salários e péssimas condições laborativas.

2.2 Traçados de uma Clínica Ampliada: o campo problemático do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

A complexidade do contexto que envolve a clínica ampliada e as intervenções psicossociais que dela advém, nos serve de base para questionar o paradigma biomédico²⁵, hegemônico na atenção à saúde. Discussão que não pretende defender a superação de um paradigma por outro, ou pensar em uma simples complementaridade entre esses, mas oportunizar uma problematização que ajude a entender os agenciamentos que produzem tais

²³ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

²⁴ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

²⁵ Base da medicina mecanicista contemporânea, este modelo também denominado de Iatromecanista, teve como precursor Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) amplamente influenciado pelo racionalismo cartesiano e pelo empirismo britânico. Possui como foco os processos bioquímicos e sintomatológicos da doença com terapêutica determinadamente medicamentosa. A analogia do corpo como máquina substitui os aspectos biográficos do adoecimento pela perspectiva nosográfica (Barros, 2002).

modelos de intervenção, considerando seus limites e abrangências no campo da promoção da saúde.

A construção de uma perspectiva psicossocial visa, nesse ínterim, promover um desvio das capturas discursivas e excludentes, concebendo a relação saúde-doença para além de uma lógica binária e linear que considere a multiplicidade desse fenômeno. Nesse sentido, cabe questionar concepções que reduzem a experiência humana a um ponto de vista meramente biológico, concebendo acrescentar um potencial adoecedor ao conjunto da sociedade e, nesse conjunto os fatores de risco e a condições de vida enquanto determinantes na complexificação do contínuo saúde-doença (Ferreira Neto; Kind, 2011).

Considerar, portanto, os fatores de risco social, econômico, psicológico e biológico, é o caminho que tornou possível, por exemplo, a constituição dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde: equidade, universalidade, integralidade e controle social, que encontram diariamente um terreno minado na sua efetivação. Por outro lado, mesmo com os atravessamentos que o infringem, o SUS lançou em 2003, após treze anos de sua constituição, o Plano Nacional de Humanização (PNH), através do qual o Ministério da Saúde intensificou a discussão sobre quais caminhos trilhar na construção de um modelo de atenção que possa lidar com a dimensão psicossocial e com as vulnerabilidades socioeconômicas da população, negligenciadas pela existência de problemas como a verticalização e a fragmentação dos intervenções em saúde (Brasil, 2003).

O PNH desponta, nesse contexto, enquanto proposta de uma política transversal constituída por princípios e diretrizes traduzidas em serviços, práticas e instâncias resultantes de uma construção coletiva, preconizada na história das políticas públicas em saúde no país. O princípio da humanização pressupõe, desta forma, ultrapassar as fronteiras rígidas de núcleos de saber/poder que ocupam o contexto da saúde, operando no conjunto territorial da relação

profissional/usuário, profissional/profissional e usuário/profissional/gestão, potencializando a importância da conjuntura política que envolve os serviços e outras instâncias do SUS (Brasil, 2004).

O Humaniza SUS, como passa a ser conhecido o PNH, preconiza reforçar a operacionalização dos princípios do SUS²⁶, voltando-se à valorização dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários enquanto protagonistas do campo da saúde. Nesse caminho, seus princípios norteadores são (Brasil, 2004):

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a autonomia dos sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção da autonomia e do protagonismo de indivíduos e coletivos.

²⁶ Conforme preconiza a Lei Nº 8080/90, os princípios que regem o SUS são: **Universalização**: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; **Equidade**: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; e, **Integralidade**: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (<http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>).

Esses princípios são amplamente embasados no viés político que norteia as discussões no campo da saúde, o que reforça a problematização do modelo de atenção ligado à centralidade biomédica. Na proposta do Humaniza SUS, a promoção de saúde sustenta-se na concepção da Clínica Ampliada, que tem por objetivo desenvolver o “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (Brasil, 2004, p. 12).

Cabe destacar que a operacionalização da Clínica Ampliada como proposta pelo Humaniza SUS, representa importante ferramenta de constituição da Estratégia de Saúde da Família (ESF)²⁷. Estratégia que se estabelece enquanto formato de intervenção continuada, que considera o território e suas nuances como espaço onde se constitui a integralidade das ações pautadas na promoção, prevenção e tratamento (Campos, 2016). Nesta direção, é importante considerar o território como espaço no qual se interconectam o social, o político, o cultural, o psicológico e o econômico, um lugar onde o adoecer é também discurso de sofrimento, exclusão e vulnerabilidade, sendo ele mesmo espaço de potência e desterritorialização. Indo além do corpo biológico ou da dimensão político-operativa,

[...] o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção. (Miranda *et al.*, 2008, apud Santos & Rigotto, 2011).

²⁷ Instituída pela Política de Atenção Básica por meio da portaria nº 648/2006 do Ministério da Saúde. A transição do Programa de Saúde da Família (PSF) para Estratégia de Saúde da Família, alterou significativamente o modelo assistencial no Brasil, na medida em que a definição de programa estabelecia os limites de ações pontuais (começo, meio e fim), ao passo que a concepção de estratégia se instaura como intervenção territorial, ampliada e permanente em saúde (Campos, 2016).

Importante destacar que a territorialização dos serviços dos SUS, no que se refere às ações no âmbito da Atenção Básica, sofre agenciamentos tanto no campo da operacionalização política (União, estados e municípios) quanto no da hegemonia do saber-poder biomédico, perdendo potência na grande maioria dos casos. Na crítica constituída por Santos & Rigotto (2011) a categoria *território* vem sendo utilizada de modo parcial pelos profissionais do SUS, os quais a confundem com o conceito de *espaço* utilizado para fins de gestão de recursos (humanos e materiais), limitando as possibilidades de intervenção efetiva no cotidiano das coletividades.

As intervenções com base territorial têm na ESF, porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, a possibilidade de operacionalização, na medida em que esta pauta-se no direito à saúde, na equidade em relação ao cuidado e na busca por uma reorganização do modelo de atenção (Brasil, 2010).

Neste contexto, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela portaria GM nº 154/2008, agregou importante valor a esse modelo de atenção ampliando sua abrangência e efetivando sua resolutividade territorial, incluindo a atuação multidisciplinar e partilhada na promoção da integralidade do atendimento em saúde. Adiante, na Figura 2, é possível acompanhar a linha do tempo que retrata os avanços do Núcleo nos últimos anos, até seu sucateamento promovido em 2020, quando o Governo Federal passa a não credenciar mais as equipes NASF, o que pode comprometer sua existência em médio e logo prazo.

Figura 2 - Histórico do NASF



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (Brasil, 2018).

Enquanto modelo assistencial, o NASF teve como prioridade complementar e ampliar a clínica que tem como padrão a assistência individualizada e hospitalocêntrica, focando no “[. . .] atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos,

mediante amplas metodologias como estudo e discussão de caso e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto.” (Brasil, 2009, pp 7-8).

Em sua perspectiva teórico-metodológica, portanto, o NASF buscou constituir uma clínica ampliada e partilhada, com intervenções focadas na estratégia de formação de vínculos entre os profissionais, os usuários e o território, inclinando-se ao compromisso com o sujeito singular. Esse movimento pretendeu construir uma confiança mútua diante do cuidar, num compromisso com a saúde coletiva e individual com foco nas vulnerabilidades (Campos et al., 2016).

Nesta direção, a clínica ampliada buscou nortear-se na perspectiva de um paradigma que defende a concepção de sujeito constituído de modo complexo, por forças sociais, culturais e econômicas. Tal pressuposto considera que o campo de forças que oportuniza a formação das sociedades modernas complexas também nos serve de parâmetro na compreensão do ser humano (também complexo), concebido como uma verdadeira entidade psicossocial forjada por processos intersubjetivos (Costa & Brandão, 2005).

Esse paradigma problematiza a separação arbitrária indivíduo-sociedade, adotando uma postura dialógica na construção do conhecimento sobre o fenômeno humano, o que proporciona espaços para se ponderar o caráter subjetivo dos processos sociais. Tal movimento nos leva a uma ruptura epistemológica com a concepção de subjetividade enquanto “experiência intrapsíquica”, situando-a em uma perspectiva relacional e de base histórico-cultural (González Rey, 2009).

Intervir sobre a complexidade imanente ao usuário (dialogicamente compreendido), mobiliza a clínica ampliada numa linha de cuidados formatada por uma rede social interdependente, construindo, neste caminho, uma perspectiva de atuação (política) diante das vulnerabilidades psicossociais e econômicas da população (Campos et al., 2016). Tal

concepção opõe-se à ideia de culpabilização do indivíduo por seu adoecimento, implícita na compreensão de saúde como “estilo de vida” e “autocuidado”, obliterando as contradições de uma sociedade que potencializa o adoecimento a partir dos fatores de risco presentes no cotidiano dos cidadãos (como a falta de saneamento, a desigualdade social, a pobreza, a má distribuição de renda, o analfabetismo, a exclusão digital dentre outros); movimento que despolitiza os debates e as intervenções no campo da saúde pública.

2.3 Os traçados de uma Clínica Política

A abertura democrática e o fortalecimento dos movimentos sociais impulsionaram o diálogo e o desenvolvimento de importantes políticas públicas dirigidas à população no Brasil, a exemplo do que ocorreu na área de saúde e permitiu a constituição do Sistema Único de Saúde. Seu marco regulatório ampliou a oferta de serviços, abrindo espaço no mercado de trabalho para áreas como a Psicologia, que tem se engajado desde então na construção de uma crítica diante da concepção dicotômica indivíduo/sociedade. Essa perspectiva, portanto, vem buscando compreender dialogicamente os processos que envolvem a promoção da saúde, baseando-se em um modelo de intervenção psicossocial estruturado no protagonismo político e na valorização de intervenções interdisciplinares e territoriais em saúde.

Pensar em uma concepção de saúde que supere o ideal cartesiano do corpo-máquina²⁸, seria considerar a vivência do processo saúde-doença enquanto decurso existencial daquele que

²⁸ A visão mecanicista do corpo-máquina é desenvolvida por Descartes baseando-se na ideia do autômato, ou seja, o corpo visto como máquina inanimada. Esta ideia também é debatida por Aristóteles em sua reflexão sobre os escravizados de sua época, argumento erigido como justificativa para o uso do ser humano enquanto instrumento, concepção difundida em muitos sistemas escravocratas como no Brasil colônia e imperial. O chamado Tecnomecanismo é apresentado por Descartes na obra – *As paixões da alma* -, quando relaciona o funcionamento do corpo humano ao de um relógio, analisando o corpo e não o ser humano, contexto no qual a alma não daria movimento ao corpo pois, o mesmo possui em si esta capacidade que, em essência, poderia ser simplesmente quantificada, estabelecendo, então, uma diferença ontológica entre corpo e alma. A tese cartesiana do animal-máquina tem como fonte o dualismo mente-corpo, tendo como pretensão garantir um privilégio

sofre. O então paciente (que espera, que é silenciado, que é instrumentalizado) passa a ocupar, nessa concepção crítica, o papel de sujeito que pode construir outra forma de se relacionar de modo mais equânime com os discursos e práticas biomédicas que o agenciam.

Assim, a estética da clínica política aqui discutida desenvolve-se a partir de intervenções que valorizem a potência dos encontros, opondo-se, desse modo, à noção de subjetividade reduzida a uma interioridade psíquica: “A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade de agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro social (Guattari & Rolnik, 2009, p. 31).

Destacar os processos subjetivos ancorados na complexidade do social, portanto, é o alicerce de uma clínica com viés político-emancipatório, o que se constitui num movimento de resistência aos enunciados que buscam massificar e serializar os indivíduos. Tais processos referem-se aos modos de captura da subjetividade realizados pelo modelo hegemônico de atenção à saúde, no qual o saber-poder biomédico se instrumentaliza por meio de dispositivos que fazem funcionar a “máquina” do assistencial e do curativo.

O lugar de saber-poder ocupado pela medicina nesse modelo assistencial, serve, por exemplo, aos dispositivos que atuam no agenciamento dos corpos, como no caso da posição de onipotência ocupada pelo médico diante da doença e do doente, tutelando e expropriando este do direito à autonomia diante daquele que sabe a “verdade sobre seu corpo”. (Martins, 2004).

Nesse caminho, a concepção de que um “corpo-máquina” parte de um pressuposto que substancializa um ideal de saúde que desconsidera a imperfeição subjacente ao humano, reforçado pela ideia binária de normal e patológico, sendo este concebido como desvio,

metafísico ao ser humano – o pensamento. Seu mecanicismo, portanto, “[. . .] serve para ultrapassar a ilusão do fenômeno e, pela via da realidade mecânica, conceber seu princípio real.” (Murta & Falabretti, 2015, p. 79).

desajuste, inabilidade social e aquele como adequado aos modelos preestabelecidos de comportamento. Por outro lado, na problematização construída por Canguilhem (2009), é possível questionar tal binarismo, concebendo saúde (normal) associada à ideia de uma variação na relação do indivíduo com o meio, numa flexibilização conceitual que também pode localizar este inadequado (patológico) em territórios que o classificariam como normal.

Considerar a flexibilidade da linha (tênue) entre normal e patológico, significa construir uma argumentação que problematiza o paradigma biomédico no tocante a estereotipia do “rótulo” nosográfico, perspectiva generalizante e limitante na construção de um possível ideal de saúde. O normal só seria normal sob determinadas conjecturas, ponderando-se que sempre existirá no campo subjetivo da existência a experiência particular do adoecimento. Como afirma Canguilhem (2009):

O doente deve sempre ser julgado em relação com a situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o próprio meio lhe oferece — a língua, no caso dos distúrbios da linguagem. Não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado em uma relação. (p.74).

Não há desordem, há substituição de uma ordem esperada ou apreciada por uma outra ordem que de nada nos serve e que temos de suportar. (p.76).

A linha flexível que irrompe por entre o processo saúde-doença, desta feita, subordina essa concepção ao empírico, à experiência do vivido, muito além das reduções científicas com características mensuráveis, generalizantes e submetidas às “leis universais”. Na prática, expressa-se em intervenções baseadas na ideia de integralidade²⁹, oportunizando a construção de uma estética terapêutica que potencializa a singularidade e, ao mesmo tempo, a

²⁹ Ideia relacionada ao *atendimento integral* com foco em atividades de promoção e prevenção enquanto atributo da Atenção Básica em Saúde, considerando aspectos relacionados à qualidade dos serviços no campo coletivo e individual que devem ser assegurados aos usuários do SUS, somando-se ao aprendizado contínuo e a prática interdisciplinar (Araújo Neto et al., 2018).

multiplicidade; de uma política constituía na abertura de espaços de inclusão; e de uma ética que se apresenta como suporte ao saber partilhado e como abrigo para o respeito àquele que sofre, afinal “[. . .] cada um sabe a dor e a delícia de ser o que”³⁰.

2.4 Por uma clínica da potência: diálogos com a Esquizoanálise

A discussão construída até aqui nos leva a considerar que, a abordagem psicossocial que oferece subsídio teórico-prático à clínica ampliada, também lhe proporciona um forte viés político. Opondo-se à ideia de totalidade e, ao mesmo tempo, de fragmentação do sujeito em entidades nosográficas, com seus sinais, sintomas e nenhuma vida.

Este caminho nos conduz a pensar a clínica ampliada a partir da perspectiva esquizoanalítica, desenvolvida por Deleuze e Guattari (2010), considerando a importância de seus estudos sobre poder, relações desejanças e agenciamentos, que nos proporciona uma análise “[. . .] das relações políticas, sociais, institucionais e clínicas não mais na relação entre família e neurose, como trabalhado na psicanálise, mas sim na relação entre Capitalismo e Esquizofrenia, em que temos uma gama ampla de outros conceitos, concepções e práticas”. (Hur, 2013, p. 266). Porém, cabe destacar que a análise³¹ construída pelos autores, se refere à psicanálise freudiana clássica, não se estendo às diversas manifestações da psicanálise enquanto teoria e prática clínica ambientada em *settings* diversos, a exemplo do campo social das políticas de saúde e assistência social.

A esquizoanálise pode ser compreendida como uma ‘estética de valorização da vida’ na qual são infinitas as suas formas de composição permeadas tanto pela lógica pulsátil - enquanto movimento de construção de uma vida plena e que se permite afetar e ser afetada;

³⁰ Veloso C. (1986). *Dom de iludir*. In Totalmente demais. [CD]. Brasil: Universal Music LTDA.

³¹ O diálogo entre filosofia e psicanálise é desenvolvido na obra de Deleuze e Guattari “O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia”, publicada em 1972, na qual os autores fazem uma leitura crítica da psicanálise freudiana. Em análise da referida obra feita Leopoldo (2017), o autor defende a tese de que o “Anti-Édipo” não seria um adeus à Psicanálise mas um ponto de diálogo ainda não concluído, mas em amplo potencial, afirmando que: “É ainda necessário modular a própria obra freudiana e concebê-la, também, como um livro-máquina, como uma obra-rizoma. Seria injusto com a obra freudiana não salientar sua constante revisão. Sabemos que, na obra freudiana, existe a todo momento um Freud contra Freud. Esta relação tensa do autor com a sua própria obra levará, por exemplo, às múltiplas escolas psicanalíticas” (p.295).

como pela lógica maquínica³² – quando se perde a possibilidade de expressão da potência na prisão de uma economia narcísica (Peres, Borsonello & Peres, 2000). Nesse sentido,

A esquizoanálise não incide em elementos nem em conjuntos, nem em sujeitos, relacionamentos e estruturas. Ela só incide em *lineamentos*, que atravessam tanto os grupos quanto os indivíduos. Análise do desejo, a esquizoanálise é imediatamente prática, imediatamente política, quer se trate de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade. Pois, antes do ser, há a política. A prática não vem após a instalação dos termos e de suas relações, mas participa ativamente do traçado das linhas, enfrenta os mesmos perigos e as mesmas variações do que elas. (Deleuze & Guattari, 1996, p. 72).

Na lógica pulsional dessa abordagem, o desejo é imanência e potência, incitando uma prática de experimentação dos encontros para além de um modelo classificatório, tão presente nas abordagens psicopatológicas e nas intervenções focadas em resultados comportamentais utilitaristas. Assim, o desejo não tem na falta uma norma reguladora, pois não se relaciona com o fundamento localizado no exterior ou no âmbito da transcendência, já que tais campos - interior e exterior - juntos constituem sua imanência fundante. Nesse sentido,

O objetivo da esquizoanálise é, pois, o seguinte: analisar a natureza específica dos investimentos libidinais do econômico e do político, e assim mostrar como o desejo pode ser determinado a desejar sua própria repressão no sujeito que deseja (daí o papel da pulsão de morte na junção do desejo e do social). Tudo isto se passa não na ideologia, mas muito mais abaixo. Um investimento inconsciente de tipo fascista, ou reacionário, pode coexistir com um investimento consciente revolucionário. Inversamente, pode acontecer (raramente) que um investimento revolucionário, no nível do desejo, coexista

³² A lógica maquínica se insere enquanto responsável pelos processos de subjetivação nas sociedades industriais, nas quais as classes dominantes (econômica e ideologicamente) asseguram o controle despótico tanto sobre sistemas de produção quanto sobre os sistemas de vida social: “[...] E, quando digo "maquínico", não me refiro a mecânico, nem necessariamente a máquinas técnicas. As máquinas técnicas existem, é claro, mas há também máquinas sociais, máquinas estéticas, máquinas teóricas e assim por diante. Em outras palavras, há máquinas territorializadas, (em metal, em eletricidade, etc.), assim como há máquinas desterritorializadas que funcionam num nível de semiotização completamente outro” (Guattari & Rolnik, 2009, p. 239).

com um investimento reacionário conforme a um interesse consciente. (Deleuze & Guattari, 2010, pp. 143-144).

Assim como o desejo é atualizado enquanto potência diante dos investimentos no campo libidinal (econômico e político), o rompimento com uma concepção de subjetividade interiorizada é inevitável. Os processos e modos de subjetivação são concebidos, desse modo, a partir das afetações ocasionadas por linhas rígidas (molares e duras), flexíveis (moleculares e em movimento) e de fuga (promotora de desvios, transmutação ativa) produzidas em campos de força diversos (Deleuze, 1996). Na transversalidade dos modos de subjetivação, entram em jogo forças do campo do instituído (normas, discursos, relações de poder, estrutura), do campo do saber (técnicas, conhecimentos, práticas) e do campo do devir (potência, desvio, afeto, movimento); as quais apostam “[. . .] em dinâmicas libidinais, em jogos fantasmáticos, em regimes de afetabilidade que se dão no plano coletivo e, conseqüentemente, ganham um sentido que é também político”. (Rossi & Passos, 2014, p. 09).

No campo da Análise Institucional, transversalidade é um conceito utilizado por Guattari (1985) para antagonizar e superar a perspectiva de uma verticalidade/horizontalidade arranjada estruturalmente, constituindo um vetor a mais no campo da produção/reprodução institucional. A transversalidade, portanto, seria analisada em graus de variação que serviriam como elementos regulatórios, revelando maior ou menor grau de cegueira³³ dos indivíduos no que se refere a comunicação entre os diversos níveis hierárquicos.

³³ Num hospital, o "coeficiente de transversalidade" é o grau de cegueira de cada membro do pessoal. Mas, atenção, formulamos a hipótese de que a regulação oficial de todas as viseiras e dos enunciados manifestos que dela decorrem dependem quase que mecanicamente do que acontece ao nível do médico-chefe, do diretor, do administrador, etc. Conseqüentemente tudo parece repercutir do topo para a base. É verdade que pode existir uma "pressão da base", mas em geral ela continua incapaz de modificar a estrutura de cegueira do conjunto. A modificação deve intervir ao nível de uma redefinição estrutural do papel de cada um e de uma reorientação do conjunto. Enquanto as pessoas permanecem paralisadas em toma de si mesmas, elas não enxergam nada além de si mesmas (Guattari, 1985, p. 96).

[. . .] os múltiplos coeficientes de transversalidade, apesar de diferentes em intensidade, são homogêneos. Com efeito, o nível de transversalidade existente no grupo que detém o poder real sobre a instituição, determina inconscientemente a regulação das possibilidades extensivas dos outros níveis de transversalidade. Tomemos o caso, bastante raro, de um fortíssimo coeficiente de transversalidade entre os residentes, que em geral não costumam ter poder algum sobre a instituição; este forte coeficiente permanecerá latente e não poderá repercutir senão numa área muito limitada. (Guattari, 1985, p. 97).

Nesse ínterim, poderíamos classificar a proposta da clínica ampliada como possuidora de um alto grau de transversalidade, considerando sua conexão com o campo de um devir político que marca sua origem. Porém, como no exemplo dado por Guattari (1985), os agenciamentos do campo instituído que incidem sobre ela podem tanto produzir desvios potencializadores no âmbito das políticas públicas de saúde (e saúde mental), como podem enviar suas intervenções considerando a submissão às dinâmicas da política governo que gerencia seus recursos. Tais agenciamentos podem ser vistos, em analogia, como uma argamassa que liga os vários ladrilhos de uma dada realidade sem dissolvê-los em uma forma unívoca, dando-lhe movimento a partir de um funcionamento maquínico.

O agenciamento é entendido, na perspectiva deleuziana, enquanto produção, mas não como representação; uma produção da diferença que se manifesta no espaço entre o discursivo e o não discursivo, em um movimento de constituição de alianças que formam e trans-formam relações. Desse modo, todo agenciamento é coletivo e oscila entre o virtual (plano da consistência) e o real (plano da organização molar), produzindo nesse movimento as chamadas linhas de fuga (Amorim, 2015). Esse processo descola a subjetividade dos limites da interioridade para o campo processual da coletividade, do social, rompendo a fixidez das linhas duras para associá-las às linhas flexíveis, logo,

[. . .] um agenciamento pode se ramificar, modificando os contornos das subjetividades envolvidas [...] é possível viver de uma maneira inventiva e produtiva mediante “agenciamentos maquínicos” que nos desestabilizam, destinados a nos fazer vibrar e nos engajarmos em movimentos libertadores. Os agenciamentos deixam passar algo que escapa aos códigos, despertam a vontade de viver e de inventar e nos desvencilham da necessidade de hierarquizar e de submeter que também possuímos. (Romagnole, 2016, p. 90).

Os agenciamentos, portanto, têm nas linhas que o transversalizam, a energia que fornece mobilidade às máquinas subjetivas do pensar, agir, expressar, dominar, romper, desviar, constituindo um certo saber-fazer. Nesse sentido, compreender tais agenciamentos nos permite acompanhar os movimentos da clínica ampliada enquanto “práticas e posições de enunciação, pois entendemos que trabalhar a partir do funcionamento dos esquemas de ação, de pensamento e investimento desejante pode ser mais elucidativo do que trabalhar sobre os distintos regimes de enunciados.” (Hur, 2013, p. 275).

Os esquemas de ação, pensamento e investimento pulsional desejante que transpassam a experiência da clínica ampliada, promovem sua desterritorialização. Na medida em que tal modelo teórico-prático se “localiza” em um hiato, um “entre” produtor de subjetivação que não se limita a representar um certo mundo (como o do ‘ente nosográfico’, por exemplo), mas se propõe a implicar-se em sua complexificação.

Tal complexificação se revela no próprio agenciamento que, para Deleuze e Guattari (2010), funciona enquanto máquina que articula diferentes componentes, interconectada por elementos heterogêneos que se movem concomitantemente na articulação de linhas de poder, saber e subjetivação; sendo tais agenciamentos compostos por disposições discursivas, corpóreo-espaciais, identitárias e promotoras de transformação (Hur, 2013).

O funcionamento maquínico de uma clínica que se diz ampliada e política, movido pelos agenciamentos e suas diversas disposições, ainda se mantém sustentado por uma segmentaridade endurecida e inerente à vida moderna. A segmentaridade da vida nas

sociedades modernas não representa uma superação da segmentaridade das sociedades ditas primitivas³⁴, mas um endurecimento que torna possível manifestações lineares, circulares e binárias (Deleuze & Guattari, 1996).

As segmentaridades que constituem a clínica ampliada se manifestam tanto no transpassar de linha duras (dimensão molar), quanto de linhas flexíveis (dimensão molecular), dando-lhe um efeito de máquina disforme, fluida, que circula entre os diversos territórios de saber-poder instituídos e instituintes, no sentido de constituir linhas de fuga, longe de se apresentarem ainda como realidade. Os segmentos duros, socialmente predeterminados e sobrecodificados pelo Estado, atuam a partir da operacionalização técnica das políticas públicas de saúde como o NASF-AB; já a segmentaridade flexível estaria presente na micropolítica, no âmbito territorial, onde as intervenções chegam ao usuário constituindo-se em uma realidade molecularizada por práticas, discursos, saberes e desvios.

A aproximação entre a concepção de Clínica Ampliada e a perspectiva esquizoanalítica, constitui-se tanto a partir do seu movimento de resistência promotor de desvios potentes politicamente, como em sua atuação micropolítica na perspectiva territorial. Sua operacionalização é um esforço na constituição de linhas flexíveis, almejando escapes à biopolítica na busca por um movimento, um devir.

2.5 PASSOS DA “MUDANÇA”, CAMINHOS DA RESISTÊNCIA

O desenvolvimento de uma Psicologia brasileira, crítica e politicamente inserida, protagonista no campo das lutas na área da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica, foi constituído com o suporte teórico-metodológico das abordagens e práticas psicossociais em

³⁴ “[. . .] sociedades ditas primitivas, sem aparelho de Estado central fixo, sem poder global nem instituições políticas especializadas” (Deleuze & Guattari, 1996, p. 77).

ampla expansão a partir da década de 1990, como já discutido. Realidade que permitiu a emergência de fazeres psicológicos ancorados em uma compreensão dinâmica acerca do fenômeno humano, reconhecendo uma subjetividade forjada no mesmo contexto sócio-histórico produzido por ela. O desenvolvimento de tais abordagens, no contexto brasileiro,

[. . .] coincidem, de certo modo, com as ações e lutas realizadas pelos movimentos sociais, sobretudo a partir da década de 1960. Concorreram para este processo, os movimentos eclesiais de base, movimentos estudantis, do proletariado e das forças sindicais, entre outros, fortemente reprimidos pela ditadura militar. Mas foi somente a partir das décadas de 1970 e 1980 com o processo de redemocratização do país, convivendo, lado a lado, com um “bolsão de miséria” e profundas desigualdades sociais, também herança da ditadura militar, que estes movimentos passam a ganhar força e representatividade. (Francisco, 2016, p. 139).

Esse contexto é marcado, também, pelo surgimento do chamado terceiro setor, conjunto de organizações que passam a ocupar um lugar intermediário entre o público e o privado, o mesmo território habitado pelos movimentos sociais. Temas como meio ambiente, inclusão social, profissionalização e alfabetização de jovens e adultos, violência contra a mulher, direitos humanos dentre outros, congregam a origem e as intervenções feitas pelo terceiro setor, o qual agrupa

[. . .] todas as organizações privadas, sem fins lucrativos, e que visam à produção de um bem coletivo. O termo “terceiro setor” foi utilizado pela primeira vez por pesquisadores nos Estados Unidos na década de 70, e a partir da década de 80 passou a ser usado também pelos pesquisadores europeus. [. . .] Expressa uma alternativa para as desvantagens tanto do mercado, associadas à maximização do lucro, quanto do governo, com sua burocracia inoperante. (Coelho, 2000, p. 58).

O lugar ocupado por essas organizações demarca a ânsia, no caso do Brasil, de ampliar cada vez mais o diálogo sobre cidadania, ética e inclusão social, temas vilipendiados durante a

opressão da ditadura militar. A Reforma Psiquiátrica, nesse contexto, encontra terreno fértil de luta contra a invisibilidade e a exclusão social da população manicomial, buscando a promoção da saúde e da cidadania destas pessoas agenciadas pelo modelo asilar de “tratamento” dos transtornos mentais.

A psicologia passa, assim, a ocupar novos espaços de atuação, considerando intervenções desenvolvidas junto ao terceiro setor e à saúde mental, o que amplia seu papel social até então conduzido por um modelo positivista, elitista e patologizante, passando a considerar formas de sofrimento ancoradas na realidade objetiva de populações vulnerabilizadas socioeconomicamente.

Através de suas práticas, os psicólogos comparecem como atores e trabalhadores sociais, buscando construir e realizar ações que concebem a subjetividade, a política e a vida social como absolutamente interdependentes e constitutivas de processos emancipatórios. É nesse cenário que as abordagens psicossociais e os trabalhos em rede passam a se configurar como campo específico de abordagem – e porque não dizer de metodologia – sustentada por princípios e pressupostos teóricos de base, em uma direção ético-política democrática. (Francisco, 2016, pp. 140-141).

Dois aspectos sobressaltam nas palavras da autora no que se refere as abordagens psicossociais: 1. a concepção de subjetividade transversalizada por linhas sociopolíticas (não excluindo sua dimensão neuropsicológica³⁵); e 2. a configuração de um campo de intervenção comprometido com o trabalho territorial e em rede. Tais pontos, portanto, parecem delinear os contornos de uma abordagem teórico-metodológica de cunho psicossocial que, sob a égide de

³⁵ A dimensão neuropsicológica congrega os aspectos biológicos do comportamento, manifestos no funcionamento do Sistema Nervoso Central – SNC, juntamente com o aspecto mental representado pelos processos psicológicos básicos: aprendizagem, memória, atenção, pensamento, linguagem, emoções, motivação e cognição (2020). Recuperado de link com endereço (<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/42228/29274>).

um conhecimento crítico-emancipatório, teria como fim a defesa da democracia e da cidadania na construção do empoderamento dos mais vulneráveis.

Essas abordagens se apresentam, portanto, como alternativa ao modelo de valorização de uma subjetividade intrapsíquica e separada do corpo e do contexto, ofertando um caminho no qual as possibilidades de compreensão do ser humano como elemento de interseção entre os campos biológico, social, psicológico e cultural, servem de fundamento para o desenvolvimento de uma clínica política. Desse modo, caminha-se na construção de uma prática clínica que considera a singularização e autoprodução e, que, “remete a forças/fluxos errantes sem forma nem limites pré-determinados. [. . .] Subjetividade-rizoma concebida não em termos de interioridade, mas, principalmente, de forças intensivas e impessoais, de exterioridade”. (Romagnole, 2016, p. 87).

Essa clínica política caracteriza-se, portanto, pela defesa de uma concepção sociopolítica de assistência em saúde, comprometida com o protagonismo dos usuários. Campo que se configura, portanto, a partir de pressupostos éticos, teóricos e metodológicos sustentados em uma política democrática que considera as desigualdades em níveis diversos: cultural, linguístico, de gênero, educativo, econômico dentre outros (Francisco, 2016). Seu *modus operandi* é forjado em um movimento que se propõe transdisciplinar, atravessado por contradições, no qual se valoriza uma escuta qualificada em âmbito territorial, a exemplo do trabalho realizado na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS³⁶, da qual destacamos como exemplo o uso do Plano Terapêutico Singular – PTS, entendido como um

³⁶ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III. Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. As informações completas para adesão à Rede estão na Portaria do GM Nº 3.088 (2011). Recuperado de link com endereço (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf).

[. . .] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. [. . .] desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. (Brasil, 2007, p. 40).

O PTS apresenta-se como importante ferramenta na operacionalização da clínica com viés psicossocial e político, considerando que sua proposta oferta uma participação ativa dos usuários no cuidado com sua saúde. A propositura que norteia essa ferramenta, tem como base a concepção de que os processos subjetivos são afetados dialogicamente pelo mesmo campo de forças que eles afetam.

Desse modo, considerar os opostos seria o caminho de afirmação da singularidade, reforçando aquilo que a diferencia sem um caráter de negatividade ou oposição (Hur, 2013). As contradições da clínica com viés político, nessa perspectiva, podem ser problematizadas a partir dos vários agenciamentos que a compõe, abarcados por redes com múltiplas conexões e atravessamentos que devem ser compreendidos para além dos processos dicotômicos, analíticos e/ou sintéticos.

Politizar esse processo é preciso; eis uma dobra, um desvio que permite uma desconstrução do sofrimento enquanto agente externo ou interno ao sujeito, assumindo status de ação dialógica e contextual. A superação dessa visão que bifurca o sofrimento permite substancializar aquele que sofre enquanto entidade real e ativa no processo, sinalizando o caminho que vai de uma alienação de si para um cuidado de si.

Na proposição levantada pelos estudos de Foucault (1985), o “cuidado de si” apresenta-se enquanto prática social mobilizada a partir do exercício ético de contínua transformação no

campo da política de si. A humanização em saúde, neste contexto, apresenta potencial de desvio (até subversivo), questionando os modos de afetação emergentes das relações nesse campo:

É possível sair de um encontro sem ter sido tocado por nada? Talvez. Caso não tenha havido encontro algum, pois encontro envolve confluência, tensão, contrariedades, diferenças. Caso não haja porosidade. Caso permaneçamos impermeáveis ao outro. Caso estejamos reproduzindo toda uma série de dogmatismos que reatualizam antigos pressupostos positivistas que dividem o conhecimento entre senso comum e ciência. O “cuidador” seria o arauto da ciência enquanto o usuário seria portador da doença e da ignorância do senso comum. (Machado & Lavrador, 2009, p. 517).

Eis a humanização em saúde: a promoção de um encontro de afetos entre usuário, profissional e gestão em um território, considerando a ação das diferenças e das contrariedades de uns sobre os outros, o que produz algo de hodierno e virtual que questiona os lugares de saber/poder ocupados por uma clínica centralizada na figura médica. Tal deslocamento (ampliação) ainda encontra resistência no dito e no não dito que sustenta o modelo ambulatorial biomédico; disfarçado muitas vezes sob o discurso de uma prática “interdisciplinar” que revela, em verdade, o tão conhecido isolamento produzido pelo fazer multiprofissional enclausurado em si mesmo. Ampliar a clínica, por outro lado, seria oportunizar a produção de um cuidado que envolve o empoderamento dos atores diante da complexidade de sua saúde, possibilitando a construção da “comunidade por vir” (Agamben, 1993), no que se refere às nuances de uma intervenção territorial, intersetorial e transdisciplinar em rede.

O movimento de ampliação da clínica remete, assim, ao envolvimento e a estruturação de um ambiente de trocas entre atores e setores envolvidos direta ou indiretamente com a promoção de saúde, antagonizando com

[. . .] uma rede ampliada de tutela e/ou uma pseudo-rede que funcione por encaminhamentos burocráticos para outros recursos/serviços, como se estivesse sendo

passada uma ‘batata quente’ para o outro. Os encaminhamentos precisam ser conversados, compartilhados de modo que se produza uma corresponsabilidade nesse processo. (Machado & Lavrador, 2009, p. 517).

A reavaliação das condutas, dos saberes, dos modos de ver o mundo e da recalcitrância na análise do fenômeno humano, constituem a base do movimento que visa substancializar uma clínica ampliada, atacada por um ambiente hostil de embates político-ideológicos. Esse contexto de luta por espaço no campo da atenção em saúde, reforça o modelo da clínica ampliada enquanto território de resistência cidadã, considerando o contexto de um país como o Brasil e sua jovem e frágil democracia, encurralada tão fortemente pela corrupção enquanto “estatuto” de uma necropolítica³⁷ que tem agido de modo fortemente reacionário e conservador nos últimos anos.

Assumir, então, o viés político da saúde, é uma proposição que dá corpo à Clínica Ampliada que tem ambientado o NASF-AB, mesmo com tantas dificuldades, permanecendo também na proposta de intervenção de outros aparelhos de saúde pública, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Porém, cabe ressaltar que os vários atravessamentos que obstaculizam a atuação plena desse modelo clínico-transformador, atua por todos os lados, se manifestando: na falta de continuidade das gestões municipais, na desvalorização dos profissionais, no desvio de função das equipes, no sucateamento estrutural das unidades de saúde e no desmonte da política via decisões governamentais arbitrárias.

Os agenciamentos que dão mobilidade à “máquina de guerra” da clínica ampliada, são compostos por elementos heterogêneos – discursivos ou não – que se apresentam enquanto

³⁷ O termo surge a partir da obra de Achille Mbembe, filósofo, teórico político, historiador e intelectual camaronês; para o qual necropolítica se constitui como o uso do poder para definir quem pode ou não viver. Baseia-se no pensamento de Foucault sobre biopolítica e biopoder, estratégias usadas para controlar populações via tecnologia e dispositivos, onde o “deixar morrer” e o corpo “matável” tornam-se aceitáveis, com risco constante de morte devido a parâmetros como raça e classe social (Ignácio, 2020).

jogo permeado por mudanças constantes de posição e função. Sua finalidade é, portanto, estratégica, pois constitui um movimento de problematização do saber-poder biomédico no campo das práticas em saúde a partir do seu núcleo, almejando a ampliação do cuidado e não necessariamente a substituição de uma abordagem pela outra.

Esse mesmo saber-poder que influencia fortemente a clínica psicológica tradicional, é entrecortado por linhas de caráter micropolítico que promovem novas formas de pensar os processos subjetivos a partir de elementos extra psíquicos, impulsionando a psicologia clínica a sair do *setting* tradicional em busca de intervenções engajadas, principalmente através políticas públicas no caso do Brasil (Spink, 2010).

Este movimento forjou uma concepção alternativa de clínica, construída no âmago dos movimentos sociais influenciados pelo paradigma psicossocial que, ao promover uma escuta voltada à multidimensionalidade do sofrimento humano, atende a população excluída contribuindo no resgate da cidadania e da reinserção social (Francisco, 2016).

A possibilidade do saber/fazer psicológico na Clínica Ampliada envolve outros discursos, concepções de mundo e de ser humano, técnicas, normas de conduta e produção de subjetividades, sendo tudo permeado por uma ética, uma política e uma estética peculiares. Ou seja, emerge do paradigma que constitui o reconhecimento da noção de ser humano multifacetado e implicado (dimensão ética); de um saber-fazer criativo e potencializado no interconhecimento (dimensão estética); e de um conjunto de práticas que proporcionam a emancipação do sujeito no âmbito da justiça social (dimensão política).

Em linhas gerais, o campo que territorializa a Clínica Ampliada é volátil e permeado por movimentos e agenciamentos, revelando fissuras e fraturas na composição de seu *modus operandi*. Compreender tais intervenções e acompanhar seus movimentos, portanto, pode

constituir o caminho que leve ao entendimento sobre a amplitude sócio-política de tal propositura.

No capítulo que segue, apresentaremos uma discussão sobre a Abordagem Cartográfica, a qual norteou a pesquisa que deu subsídio a nossa tese. Proposta originalmente na obra de Deleuze e Guattari (1995), a Cartografia tem se tornado referência na construção dos estudos sobre os processos subjetivos no campo da Psicologia brasileira. Nesse sentido, a referida abordagem constitui as pistas que orientam o presente trabalho sob o entendimento de um *hodós-methà*, ou seja, tem como foco a investigação que acompanha os processos e seus movimentos, construindo o conhecimento durante o próprio caminhar sem se pretender a sua representação.

3 A DERIVA³⁸ METODOLÓGICA: CAMINHOS DE UMA PERFORMANCE CARTOGRÁFICA

O presente capítulo visa apresentar as nuances da escolha metodológica assumida no percurso dessa tese, na medida que entendemos que nosso objeto de estudo só poderia ser compreendido por uma abordagem que partisse de pontos diversos e interconectados. Para tanto, nossa adesão à Abordagem Cartográfica nos auxiliou na missão, por vezes difusa, de construir uma reflexão sobre as intensidades (vivas) presentes no fenômeno psicossocial da clínica ampliada, na tentativa última de constituição de uma pesquisa-devir engajada politicamente.

3.1 DA TRANSCENDÊNCIA À IMANÊNCIA

Toda pesquisa seja ela qualitativa ou quantitativa, desenvolvida nas ciências humanas ou *hards*, se desenvolvem a partir de paradigmas por vezes vigentes e dominantes em dada época, em transição com transformações a partir do seu núcleo ou simplesmente localizando-se em espaços de saber por vezes marginais ou ainda não hegemônicos, ou até nem considerados *científicos* numa perspectiva positivista.

Nesse sentido, aderir a uma dada postura metodológica exige do pesquisador assumir as regras de um campo científico, entendido por Bourdieu (2003) como um lugar de luta política pela dominação científica. Desse modo, as transformações do campo que advirem de

³⁸ *Deriva* é um termo aqui utilizado para além de sua significação original – “desvio do caminho certo de uma embarcação ao domínio do vento”, mas enquanto concepção proposta pelos situacionistas – “caminhar sem rumo exato”. A chamada “teoria da deriva” de Guy Debord origina-se da ideia de um urbanismo psicogeográfico, no qual utiliza-se de um procedimento situacional que propõe conhecer o espaço da cidade andado rapidamente pelas mais diversas formas de ambiência urbana, deixando-se levar sem rumo na obtenção de mapas subjetivos de cada lugar vivenciado (Aguiar, 2010).

tal escolha dar-se-ão por meio de estratégias tanto de conservação como de subversão desse lugar de fala/saber mais ou menos legitimado.

[...] Na medida em que o método científico se inscreve nos mecanismos sociais que regulam o funcionamento do campo, e, assim se encontra dotado de objetividade superior de uma lei social imanente, pode objetivar-se em instrumentos capazes de controlar, e algumas vezes dominar aqueles que o utilizam e em disposições duravelmente constituídas que a instituição escolar produz. Estas disposições recebem um reforço contínuo dos mecanismos sociais que, encontrando suporte no materialismo racional da ciência objetiva e incorporada, produzem controle e censura, mas também invenção e ruptura. (Bourdieu, 2003, pp. 133-134).

Os mecanismos sociais citados por Bourdieu, responsáveis pelo regulamento do Campo Científico são, por consequência, reprodutores de uma dada objetividade hegemônica no âmbito do saber/poder inerente à ciência moderna, a qual também subjuga os que fazem dela instrumento de dominação. Cabe ressaltar o apontamento do autor no que se refere a complexidade de tal processo, sendo possível vislumbrar movimentos de ruptura enquanto viés criativo e potencial de uma convivência possível entre paradigmas, ou a superação de um pelo outro numa eterna “dança das cadeiras”, em outras palavras: não existe neutralidade científica, na medida em que a *escolha metodológica* já é em si uma *estratégia política*.

Partimos então desse pressuposto para discutir a Cartografia enquanto escolha metodológica desse trabalho, considerando apresentá-la enquanto abordagem que se coloca em posição de resistência diante da perspectiva de investigação dos fenômenos sob o viés da objetividade, do reducionismo e da interpretação. Nesse sentido, cartografar é romper com a proposta de uma produção histórica de dados a partir de sua representação, compreendendo a manifestação das intensidades do fenômeno enquanto acontecem, em movimento, o que

proporciona o desenvolvimento de uma paisagem geográfica ou psicossocial, nas palavras de Rolnik:

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (2020, p.1).

A constituição de uma cartografia das paisagens psicossociais ocorre, portanto, no processo de imersão nas intensidades, considerando o dado momento em que as mesmas acontecem. Postura que oportuniza ao cartógrafo um contato ímpar com a experiência, com os fenômenos e com a diversidade de atravessamentos que dão vida ao campo. Segundo Rolnik (2020) o cartógrafo é um antropófago, com atitude atenta aos afetos e intensidades que pedem passagem no campo do desejo social, criando possibilidades de expressão e linguagem a tais movimentos, opondo-se, assim, ao entendimento baseado no objetivo de explicar ou revelar, afastando-se da ideia de transcendência.

A substituição de uma perspectiva transcendente por uma imanente, está na base do pensamento de Deleuze e Guattari (1995) quando do uso primevo da “Cartografia”, termo apropriado do campo da geografia e ressignificado enquanto proposta de método para as ciências humanas. Pensar sob o pressuposto da imanência garante:

[. . .] a consubstancialidade e a relação pensamento-vida em um mesmo plano. Pensar por imanência é conhecer na direção oposta às formas ocidentais de pensar dominantes que, como destaca Fuganti (1990), têm como categoria básica a representação. A

representação é fruto de um movimento de transcendência e refere-se a diversos tipos de apreensão do objeto, sendo sua função, calcada na negatividade, dar uma imagem ao que deve ser conhecido. (Romagnole, 2016, p.85).

O viés da imanência, portanto, configura-se como uma superação do pensamento subjugado à razão, que funciona numa espécie de movimento de “conhecer de novo” aquilo já conhecido, uma representação do “real” (modelo) a partir daquilo que lhe transcende. De acordo com Passos (2016), desde os gregos a imanência é tradicionalmente oposta a transcendência, é dotada do caráter daquilo que é inerente (*in-manere* – habitar em), sendo caracterizada como toda “ação de automodificação interna” (p.100).

Partimos então, do pressuposto da imanência para pensar a Cartografia como um método processual, o qual constrói a pesquisa na multiplicidade, indo além do objeto para acrescentar a investigação dos processos. Desse modo, é na Filosofia de Multiplicidade constituída por Deleuze e Guattari (1995), que a cartografia se projeta como método para além do plano das pesquisas descritivas do campo geográfico, indo habitar o olhar dinâmico proposto pela compreensão de paisagens moventes no tempo e no espaço.

Os estudos filosóficos de Deleuze influenciaram fortemente sua parceria com Guattari na constituição da Cartografia, com destaque para o pensamento de dois autores: Bergson, com a noção de multiplicidade e temporalidade, constituídas no conceito de *Duração* – encontro com as diferenças da natureza no movimento contínuo de mudanças; e Foucault, com sua genealogia e metáforas geográficas, inspirando-se no conceito de *Dispositivos* – conjunto de elementos heterogêneos, moventes e multilíneares. Duração e Dispositivos podem ser vistos, então, como a base fundadora dos princípios da cartografia (Aguar, 2010).

Um elemento importante no contexto do pesquisar na multiplicidade é o conceito de *Rizoma*, descrito por Deleuze e Guattari na introdução de *Mil Platôs Vol I* (1995, p. 08):

Rizoma é mapa e não decalque [. . .] se o mapa se opõe ao decalque é por estar inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real. O mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói. Ele contribui para a conexão dos campos, para o desbloqueio dos corpos sem órgãos, para sua abertura máxima sobre um plano de consistência.

A compreensão e constituição do mapa rizomático, portanto, se consubstancializa por meio da Cartografia, acepção que aparece pela primeira vez na obra dos autores a partir de um conjunto de princípios que abarcam o rizoma³⁹, são eles:

1. *De conexão*: distinguindo-se do princípio arbóreo (pensamento dicotômico e hierárquico, representando raízes e galhos), o rizoma é dinâmico e livre, com seus pontos a se conectarem em direções e posições diversas.
2. *De Heterogeneidade*: não sendo de origem linguística, no rizoma se interconectam cadeias semióticas de naturezas diversas e sobrecodificadas também de modo diverso (biológicas, políticas, econômicas), em um jogo que envolve regimes de diferentes signos e estatuto de estado de coisas.
3. *Da Multiplicidade*: princípio ontológico de rompimento da relação com o *Uno* (sujeito/objeto; natural/espiritual; imagem/mundo), sendo na multiplicidade que se produzem determinações, dimensões e grandezas que crescem e mudam inevitavelmente sua natureza, em estado de movimento constante.
4. *Da ruptura a-significante*: prospecção de ruptura com o devir, um momento incessante de criação-reação; o rizoma e suas linhas a romper e a quebrar, a retomar e a criar, numa dança eterna que nos remete à mitologia hindu do deus

³⁹ Deleuze e Guattari, 1995.

Shiva⁴⁰, no seu infindável balançar de braços que geram caos e ordem, morte e nascimento.

5. *Da Cartografia*: considerado o princípio metodológico da filosofia da multiplicidade, defende o caráter inventivo e não presencial do rizoma, funcionando como um mapa que:

[. . .] contribui para a conexão dos campos, para o desbloqueio dos corpos sem órgãos, para sua abertura máxima sobre um plano de consistência. Ele faz parte do rizoma. O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. (Deleuze & Guattari, 1995, p.8).

6. *Da decalcomania*: o princípio inerente ao decalque é a reprodução do original, como a lógica de um modelo arbóreo fasciculado, o qual se constitui como representação hierarquizada do que já existe (decalque, cópia): “O importante do decalque são as comparações onde é possível relacionar os pontos de estruturação” (Aguilar, 2010, p.10). O rizoma, por outro lado, não é gerado por um eixo estrutural hierarquizante, pois dispõe de múltiplas entradas opondo-se à ideia de estrutura profunda, enraizada.

Os princípios aqui apresentados, nos auxiliam no entendimento do rizoma na perspectiva da multiplicidade e, portanto, dos mapas enquanto oriundos da experiência

⁴⁰ Membro da principal trindade divina do hinduísmo, Shiva é uma força de restauração capaz de criar e destruir tudo à sua volta. Dentre várias atribuições que recebe, ele também é considerado deus dos yogis - diz respeito a um dos caminhos da evolução mental, que significa destruir algo e construir uma novidade no mesmo lugar. Dessa maneira, o deus cumpre a mesma função. Isso porque tem a habilidade de devastar tudo a seu redor. No entanto, isso não significa que a destruição é algo negativo. Uma vez que Shiva é também compreendido como um deus restaurador, capaz de transformar o mundo (<https://segredosdomundo.r7.com/shiva/>).

vinculada ao real em oposição ao decalque que reproduz do mapa apenas uma fotocópia inerte da experiência, enraizando-a nos limites de um olhar sobre si mesmo e na tradução que a enclausura dentro de conceitos universais.

A cartografia não deixa de atentar ao que se projeta do mapa em forma de decalque, uma reprodução não exata do mesmo constituída de modo artificial, a exemplo dos algoritmos usados pela internet para selecionar conteúdo baseados em nossos “gostos” e concebidos a partir do que pesquisamos, limitando nossa navegação na web a “bolhas” com visões limitadas de mundo. A operação assimétrica do decalque na imitação do mapa, transforma o rizoma em raízes neutralizando suas multiplicidades e, assim:

[. . .] já não reproduz senão ele mesmo quando crê reproduzir outra coisa. Por isto ele é tão perigoso. Ele injeta redundâncias e as propaga. O que o decalque reproduz do mapa ou do rizoma são somente os impasses, os bloqueios, os germes de pivô ou os pontos de estruturação. (Deleuze & Guattari, 1996, p. 9).

A resistência à decalcomania exige do pesquisador que considere o *meio* como *instrumento*, o qual elucida a opção por determinados caminhos na construção do conhecimento (Aguiar, 2010). Desse modo, a Cartografia constrói a investigação ao caminhar, mas não se tornando sem rigor, pois, o cartógrafo encontra no campo os processos em curso e identifica nesses as pistas para o conhecimento, considerando que o contato com os fenômenos já *produz dados* compondo-se em virtualidades⁴¹ que ganham vida ao se atualizar.

O cartógrafo é, nesse sentido, guiado pelas direções indicadas por qualidades inesperadas e pela virtualidade dos materiais. A construção do conhecimento se distingue de um progressivo domínio do campo de investigação e dos materiais que nele circulam. Trata-se, em certa medida, de obedecer às exigências da matéria e de se

⁴¹ Virtual no sentido usado por Bergson: o que é atualizado conforme sua criação e diferenciação, a produção de algo que já estava presente, mas apenas em potencial (Kastrup, 2015).

deixar atentamente guiar, acatando o ritmo e acompanhando a dinâmica do processo em questão (Kastrup, 2015, p.49).

A performance da produção cartográfica se compõe por entre a experiência, nos oportunizando enquanto pesquisador a recusa de olhares e fórmulas metodológicas herméticas e sem liberdade de reflexão, uma “*deriva metodológica*”⁴² que mesmo afetada pelas intensidades mantém-se firme na navegação turbulenta da produção do conhecimento.

3.2 DESDOBRAMENTOS DO CAMPO

A pesquisa⁴³ que deu suporte à construção dessa tese foi desenvolvida sob a perspectiva qualitativa, valorizando o discurso e a experiência das participantes na construção simbólica do mundo e de si mesmo. Para tanto, nos valem da Abordagem Cartográfica⁴⁴ como fundamento para se compreender as práticas psicossociais desenvolvidas pelas psicólogas no âmbito do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nas cidades de Campina Grande e João Pessoa, Paraíba, sob o viés da clínica ampliada. Na tabela 3 é possível visualizar um panorama do funcionamento do NASF-AB nas cidades campo.

⁴² Aguiar, 2010, p. 13.

⁴³ Os critérios éticos que norteiam esta pesquisa de tese basearam-se na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando o respeito pela dignidade e a garantia de privacidade e integridade dos participantes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco e aprovado com parecer Nº 3.228.702 e CAAE nº06616819.5.0000.5206.

⁴⁴ Termo utilizado em substituição à “Método Cartográfico”, conforme preconiza Barros e Barros (2013), destacando que “Abordagem Cartográfica” é um constructo que deixa a pesquisa livre de modelos engessados ou com itinerário pré-fixado e unívoco de construção do conhecimento.

Tabela 3 – O NASF-AB nos municípios pesquisados

Municípios	Nº de habitantes ⁴⁵	Equipes ESF	Equipes NASF-AB	Nº de psicólogos
Campina Grande	411 807	115	09	04
João Pessoa	817 511	203	34	14

Fonte: Adaptado de Data SUS (2020).

As experiências das psicólogas participantes⁴⁶, cujas narrativas serão apresentadas, foram acessadas a partir de entrevistas semiestruturadas, tendo o diário de campo⁴⁷ como recurso de suporte à atenção do pesquisador no que se refere tanto ao campo como sua inserção nele, considerando que os afetamentos sofridos são relevantes para o processo, construção e direção da pesquisa. Ambos detalhados a seguir.

- **Entrevista semiestruturada:**

As entrevistas foram realizadas de modo individual, sendo antecedidas pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE⁴⁸ (Apêndice I). O ambiente escolhido foi a Unidade Básica de Saúde⁴⁹, onde atuavam as participantes com horário definido pelas mesmas. Cabe destacar que as psicólogas nem sempre puderam ofertar um local adequado e que preservasse o sigilo da entrevista, um dado que ressalta e que indica o lugar que a

⁴⁵ População estimada em 2020 conforme IBGE (<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>).

⁴⁶ Das psicólogas participantes da pesquisa, apenas uma é concursada e as demais são prestadoras de serviço, no caso de Campina Grande; em João Pessoa uma é concursada e a outra prestadora de serviço.

⁴⁷ O diário de campo se tornou popular a partir dos trabalhos etnográficos de Malinowski, afastando-se, posteriormente do modelo de ferramenta meramente descritiva para assumir um lugar nas pesquisas pós-estruturalistas, a exemplo da pesquisa-intervenção, que coloca em primeiro plano a relação pesquisador-campo em um contexto de atuação implicada politicamente (Kroeff, Gavillon & Ramm, 2020).

⁴⁸ Conforme modelo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através da emissão do Parecer Consubstanciado do CEP nº 3.228.702 de 27 de março de 2019, com CAAE nº 06616819.5.0000.5206.

⁴⁹ Com exceção de uma das participantes da cidade de Campina Grande, que nos atendeu para a entrevista em seu consultório particular, por motivos de afastamento do serviço por conta da gravidez.

psicologia pode ocupar nos serviços de saúde. Mesmo assim, as entrevistas ocorreram em tempo médio de 40 minutos de duração, sendo gravadas e transcritas posteriormente.

O roteiro das entrevistas (Apêndice II) foi construído a partir de questões disparadoras divididas em quatro grandes eixos:

- I. Diálogo entre a formação em psicologia e as políticas públicas de saúde;
- II. Experiências psicossociais junto ao NASF-AB;
- III. A psicologia na construção da clínica ampliada;
- IV. A psicologia no diálogo interdisciplinar com o modelo biomédico em saúde.

Cabe destacar que a estruturação do roteiro da entrevista conforme os eixos citados, deve ser considerada enquanto organização didática do processo, pois, seguindo o modelo semiestruturado, sua realização se deu de modo flexível e respeitando a fluidez do diálogo pesquisador-participante, permitindo que outros esclarecimentos ou aprofundamentos da narrativa fossem realizados. Desse modo, os 4 eixos que compuseram nosso “roteiro” nos serviram de pistas de acesso às experiências das participantes, opondo-se a ideia de um itinerário rígido e que não nos permitisse “fugas” criativas.

Diário de campo

O diário de campo foi originalmente usado como recurso pela Antropologia e pela Sociologia, com destaque para seu emprego nos estudos etnográficos, objetivando construir uma narrativa que contivesse elementos do interdito histórico e político no campo da pesquisa qualitativa. Podemos destacar o uso do diário de campo na pesquisa-intervenção no âmbito da análise institucional:

Não tratamos dos diários como expressão de uma interioridade psicológica e/ou de algo oculto, de uma intimidade secreta a ser confessada pela escrita do mundo privado. O

diário de campo é um dispositivo de intervenção para Lourau (1993), para fazer pensar e romper com as ordens instituídas. Se para Lapassade é a explicitação dos conflitos e da dureza da burocracia com suas práticas cristalizadas e reprodutivas, podemos dizer que para Lourau se tornou a tática de deslocamento de si e dos outros na prática de pesquisa (Nascimento & Lemos, 2020, p. 242).

Nesse sentido, o uso do diário de campo nos auxiliou na “captura” dos elementos instituídos e instituintes, que não se apresentam facilmente na superficialidade de um olhar descritivo e interpretativo dos fenômenos, mas que se revelam na experiência e nas intensidades acompanhadas em seu movimento cotidiano, a exemplo da topografia de uma sala de espera em uma Unidade Básica de Saúde. Nessa perspectiva, as impressões apreendidas em nosso diário de campo são apresentadas em quadros ilustrativos durante as análises realizadas no Capítulo 4, permitindo uma visão panorâmica do campo em questão.

Conforme os recursos utilizados, esta pesquisa apresentou riscos mínimos para as participantes, na medida em que questões e procedimentos que evocassem estados emocionais e afetivos desagradáveis foram evitadas, bem como exposições que constrangessem as mesmas, ainda que certo desconforto sempre é previsível. Da nossa parte, caso algum mal estar emergisse nas narrativas, procurávamos atenuá-los, sempre respeitando o ritmo e os limites de cada participante. A nosso ver, os principais riscos se relacionaram à localização das UBSs que, em sua maioria, eram sediadas em bairros onde a violência é um fator que ressalta; apesar disso, tudo ocorreu de modo tranquilo.

Por outro lado, a maior dificuldade encontrada nesse contexto foi a reduzida disponibilidade de tempo das profissionais, atrasando o cronograma das entrevistas e impedindo a realização dos grupos reflexivos, como proposto no projeto de tese.

Quanto às participantes de nosso estudo totalizamos o número de cinco psicólogas, sendo três do município de Campina Grande e duas do município de João Pessoa, ambos no

estado da Paraíba. A princípio havíamos definido um número de três participantes para cada cidade, porém, por questões logísticas tivemos em João Pessoa a participação de apenas duas profissionais, situação que não comprometeu o presente estudo considerando seu viés qualitativo. A definição desse campo tema, no caso da cidade de Campina Grande, se constituiu a partir das experiências ali vividas enquanto docente, as quais deram origem a formatação das questões norteadoras dessa tese; e, no caso de João Pessoa, por necessidade de ampliação do espaço de pesquisa para outra cidade que também tivesse o NASF-AB em pleno funcionamento e que fosse do mesmo estado.

Para melhor acompanhamento dos analisadores que emergem das experiências estudadas, apresentamos quem foram as participantes⁵⁰ deste estudo optando por nomes fictícios (Tabela 4), escolhidos de acordo com as características mais marcantes de cada uma, os quais serão utilizados durante todo o texto para preservar suas identidades.

Tabela 4 - Identificação dos Participantes da Cartografia

IDENTIFICAÇÃO	CIDADE	PERFIL
Emília	Campina Grande - PB	Psicóloga clínica com formação em psicanálise no ensino universitário público, 25 anos de carreira. Segundo sua narrativa, sua formação não lhe ofereceu subsídios para a atuação em políticas públicas, na medida em que tal conteúdo não era na época valorizado nem discutido em detrimento das intervenções e práticas psicológicas individualizantes. Sua atuação nas políticas públicas de saúde se deu atrelada a uma oportunidade de trabalho, construindo suas intervenções no dia-a-dia, mas, sem muito suporte teórico-prático.
Alice		Psicóloga clínica com cinco anos de formação em uma universidade pública. Sinalizou que teve breve e superficial base formativa sobre políticas públicas em saúde e assistência social, buscando suporte em uma antiga professora ao adentrar no NASF, onde atua há três anos.

⁵⁰ Os nomes utilizados para identificar as participantes foram escolhidos de personagens da literatura, a partir de uma associação com características das personagens com as posturas que mais se ressaltaram nas participantes. Emília – a falante desbravadora; Alice – sonhadora e imagética; Macabéia – pessimista e realista; Capitú – defensora de um ideal e injustiçada; Iracema – frágil e isolada.

Macabéia		Psicóloga organizacional com formação em universidade pública há 13 anos. Trabalhou por um ano em sua área de formação, migrando para o Centro de Referência em Assistência Social, onde passou dois anos. A experiência no NASF se desenvolve há sete anos, situação apontada como um “cair de paraquedas”, pela falta de preparação e desconhecimento da política que regia o Núcleo, apontada pela mesma como muito diferente do que é agora, em formato de policlínica.
Capitú	João Pessoa - PB	Psicóloga Clínica na Abordagem Centrada na Pessoa, 25 anos de formação dividida entre universidade privada e pública. Especialista em Psicopedagogia e Programa de Saúde da Família, além de atuar como Redutora de Danos. Relata que iniciou sua incursão na clínica e no hospital, indo para as políticas públicas em saúde antes da instalação do NASF, buscando formação complementar à sua graduação, que não focou em tais experiências.
Iracema		Psicóloga organizacional e com formação em Terapia Sistêmica Familiar, com 11 anos de formação em universidade pública. Atuou na área de formação original por quatro anos chegando ao NASF. Em seu relato afirma que ao chegar no núcleo, fugindo do estresse da atuação com gestão de pessoas, é novamente direcionada à gestão, dividindo-se com o trabalho característico do NASF, enfatizando que a gestão toma muito do seu tempo, desviando-a do trabalho característico do NASF.

Fonte: Barros (2020).

Enquanto critério de inclusão foi definido que as participantes deveriam atuar no NASF-AB há pelo menos um ano, com a prerrogativa de valorizar o vínculo intersubjetivo das profissionais com o território onde o serviço era prestado. Esse critério tem por base a importância dada à territorialização enquanto instrumento de organização do trabalho e das intervenções em saúde pública⁵¹, considerando tanto o critério da divisão espacial como os aspectos sociais, políticos e culturais que transpassam as produções intersubjetivas no

⁵¹ “A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância em Saúde Ambiental, a proposta dos municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização prevista na Constituição Federal” (Monken & Barcellos, 2005 por Santos & Rigotto, 2011, p. 388).

território, onde se dão as interações entre usuários e profissionais “[...] vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral” (Santos & Rigotto, 2011, p. 389).

A prerrogativa do trabalho em saúde sob o viés territorial, nos orientou no encontro com as realidades instituintes encontradas em cada experiência acessada, considerando inclusive as controvérsias inerentes à relação das profissionais participantes com essa perspectiva de organização do trabalho em saúde.

Nesse caminho, nossa análise foi sendo desenvolvida considerando a produção e a geração dos sentidos constituídas a partir do acesso às experiências das psicólogas participantes, o que nos conduziu a construção de analisadores⁵² (Tabela 5) identificados para além do campo do instituído, na busca pela desnaturalização e emergência de mais material a ser analisado.

Tabela 5 - Analisadores

Analisadores constituídos durante a pesquisa

⁵² O analisador comporta pelo menos dois níveis, atravessando o campo de análise e o campo de intervenção. Ele pode ser tomado tanto como o evento que denuncia, quanto aquele portador da potência da mudança. [...] Em primeiro lugar, têm sua materialidade expressiva totalmente heterogênea, podendo ser um acontecimento, enunciação, indivíduo ou técnica, não tendo forma de irrupção privilegiada na fala. Em segundo lugar, nele mesmo há o germen ou potencial de intervenção, se dadas as condições necessárias. Ele expressa e intervém, sendo um conceito que não tem sentido senão em ato. (Rossi & Passos, 2014, p. 69)

-
- As condições de emergência da Clínica Ampliada no contexto das políticas de saúde e Atenção Básica;
 - As zonas de ambiguidade expostas na experiência das psicólogas em seu saber-fazer no âmbito do território;
 - Divergências entre a formação em psicologia com o campo profissional da clínica ampliada em serviços de saúde;
 - As linhas que transversalizam a Clínica Ampliada no campo macro (políticas públicas), meso (comunidade e território) e micro (ações de resistência a partir da dimensão relacional, encontro entre atores).

Fonte: Barros (2019).

Os analisadores propostos na Tabela 5 nos auxiliaram na compreensão dos movimentos e dos múltiplos sentidos e saberes que abarcam a Clínica Ampliada, a partir das experiências das psicólogas na Atenção Básica, revelando as linhas que se produzem no jogo entre os campos do instituído/molar (gestão da política pública) e do instituinte/molecular (campo das virtualidades).

Essa linha molecular mais maleável, não menos inquietante, muito mais inquietante, não é simplesmente interior ou pessoal: ela também põe todas as coisas em jogo, mas em uma outra escala e sob outras formas, com segmentações de outra natureza, rizomáticas ao invés de arborescentes. Uma micropolítica. (Deleuze & Guattari, 1996, p. 66).

Apesar dessa *analítica do desejo* voltar-se à compreensão de sua formação no campo social, não preconiza a separação entre macro e micropolítico, mas reforça seu entrelaçamento e afetação mútuos. Desse modo, não se perde de vista as nuances da relação subjetividade e

objetividade, não caindo em terreno intelectualmente infértil onde [...] definir objetividade e subjetividade em contraposição uma à outra corresponde a uma abstração em relação à própria experiência, que nos oferece imediatamente uma separação entre os polos subjetivo e objetivo. (Barros & Barros, 2016, p. 184).

Macro e micropolítica, molar e molecular, objetividade e subjetividade, são, portanto, categorias analiticamente separadas, mas imanentemente indissolúveis naquilo que produzem e operam. Essas articulações plausíveis são percebidas, por exemplo, no acontecer das políticas públicas no Brasil, considerando-se a costura entre essas dimensões no que se refere ao movimento de formatação da Constituição Cidadã e advento do SUS. Processo sustentado por “macrodiretrizes” fortemente pressionadas por uma “molecularidade intensiva” (Ferreira Neto, 2015).

A relevância de tais articulações no campo da Saúde Pública são pertinentes à *nossa análise* sobre a clínica ampliada, na medida em que os elementos molares (de sustentação discursiva) e moleculares (do plano das virtualidades) coadunam no campo de forças que abarcou o funcionamento do NASF enquanto política pública, revelando e produzindo nuances e contradições que transversalizam as produções subjetivas das profissionais da psicologia.

Tendo esse campo de forças como contexto, nosso trabalho partiu do pressuposto de que os dados não estão prontos e facilmente disponíveis, mas que se apresentam enquanto realidades emergentes com vasto campo para a proliferação de sentidos, opondo-se a construção de um sentido unívoco sobre os fenômenos. Desse modo cabe destacar que há,

[. . .] uma temporalidade na emergência dessas realidades, isto é, há um processo cujo término não coincide necessariamente com a conclusão do cronograma de pesquisa. Por isso, o processo de pesquisa implica um rearranjo de fronteiras inicialmente estabelecidas entre sujeito e objeto: a direção da cartografia é a de dissolver o ponto de

vista para o qual surge de maneira correlata, uma realidade supostamente dada em si mesma é dotada de substancialidade”. (Barros & Barros, 2016, p.175).

Nossa *estratégia de análise* partiu da perspectiva que considera a construção coletiva dos dados em uma realidade tida como *mapa móvel*, na qual entendemos nosso trabalho enquanto pesquisa-intervenção, pois, ao acompanhar processos faz emergir realidades e virtualidades. O acompanhamento de processos é melhor entendido em nosso trabalho com o diário de campo e a análise das entrevistas, apresentados no próximo capítulo.

3.3 AMPLIANDO O OLHAR

Durante a construção do nosso percurso cartográfico, o campo tema objeto dessa tese - o NASF-AB - passou por enfraquecimento e desmonte por parte de governos reacionários que assumiram o poder no Brasil nos últimos anos, culminando com a extinção de verbas que lhe davam sustentabilidade, não exigindo a criação de novas equipes nem a permanência das que estão em campo. A Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS⁵³ que extingue tal financiamento governamental, deixa nas mãos dos gestores locais a sobrevivência das equipes do Núcleo, o que promove um ambiente de incerteza sobre o futuro dessa política, bem como do seu papel enquanto porta de entrada da ESF fundamental para a integralidade do atendimento, a

⁵³ “[. . .] 2.1. Com o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais as normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e Seção II do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2.2. Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe”. (Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS, 2020, p.1).

construção do matriciamento, a territorialização da atenção e a ampliação da ofertada de atendimento multidisciplinar desenvolvido por essas equipes.

[. . .] o Ministério da Saúde aboliu a criação de novas equipes multissetoriais que ampliavam e qualificavam o atendimento da Saúde da Família. Os profissionais já credenciados permanecem atuando, porém sem muitas garantias. O desfecho era previsto desde o fim do ano passado, com a instituição do novo modelo de financiamento da atenção básica. O Programa Previne Brasil esvaziou a base de incentivo federal, revogando as normas de parâmetros e custeio dos núcleos. (Mota, 2020, p.1).

Apesar de previsível, as decisões que essa macropolítica com fortes atravessamentos fascistas tomará sobre a Atenção Básica ainda é incerto, o que de concreto se apresenta é a lacuna que se abre na Estratégia de Saúde da Família, atingindo em cheio os usuários que mais precisam do serviço: a população carente e vulnerável socioeconomicamente. Situação que impacta às intervenções de caráter multidisciplinar que dão base à clínica ampliada, o que fortalece o modelo biomédico como única forma de intervenção em saúde, fechando portas no mercado de trabalho para profissões como a psicologia.

Apesar desse contexto, nosso trabalho vislumbrou pontos que podem repercutir enquanto benefícios dessa cartografia:

1. **Problematizar** a formação em psicologia, no que se refere a forte adesão dos currículos ao paradigma positivista de ciência e ao modelo biomédico de clínica, com sua ênfase nos aspectos biológicos e abstratos do comportamento humano, em que pesem as iniciativas curriculares direcionadas à desconstrução desse modelo pedagógico;
2. **Dar visibilidade** aos aspectos sociais, culturais e econômicos que perpassam a constituição da subjetividade, perspectiva fundamental na construção das

intervenções no campo da saúde e das políticas públicas, área que atualmente emprega grande parte dos profissionais.

3. **Ampliar** a perspectiva sobre as experiências de intervenção psicossocial na clínica ampliada e suas limitações, muitas vezes disfarçadas de um discurso “interdisciplinar” para reproduzir na verdade o velho lugar multiprofissional que não questiona o viés patologizante e individualista no que se trata ao fenômeno saúde-doença.
4. **Evidenciar** as linhas que transversalizam a Clínica Ampliada e o NASF-AB, juntamente com os mecanismos que movem as intervenções psicossociais em saúde, deixando à vista os processos políticos, éticos e estéticos que permeiam.

Esses pontos sinalizam para questões que problematizam o lugar da psicologia diante de saberes e poderes dominantes no campo da saúde, com seus modelos de cuidar e agenciar o ser humano a partir de uma concepção estritamente biomédica. Porém, cabe destacar que apesar de reconhecermos a importância desse *modus operandi* no campo em questão, isso não nos impede de construir uma crítica acerca dos seus limites, principalmente no que se refere à imposição de um olhar hegemônico sobre a saúde e o cuidar, situação que limita os sujeitos à posição subalterna de pacientes sem identidade, expressão e saber sobre seu corpo.

Nesse caminho, as experiências analisadas em nosso texto revelam tanto a existência de práticas alinhadas a clínica ampliada com atuação interdisciplinar e territorial, como práticas difusas e desconectadas das diretrizes do NASF-AB; considerando sua transversalização por meio de linhas duras (com submissão do trabalho ao poder da política que domina o município) e por linhas flexíveis (movimento de resistência à biopolítica).

4 ENTRE O MACRO E O MICROPOLÍTICO: AS EXPERIÊNCIAS TRANSVERSALIZADAS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF-AB)

O presente capítulo visa analisar o mapeamento das práticas psicossociais desenvolvidas a partir das experiências das psicólogas vinculadas ao NASF-AB, buscando identificar o campo de forças que envolve tais experiências no que se refere a caracterização das linhas que as transversalizam enquanto clínica ampliada, com destaque tanto para dimensão do instituído (políticas, normas e saberes), como para a dimensão do instituinte (práticas, desvios e condutas).

Nesse caminho, utilizamos como orientação analítica conceitos chave da Esquizoanálise e Análise Institucional, como transversalidade, linhas de segmentação duras, flexíveis e rizoma, entendendo que as práticas psicossociais se caracterizam como territórios de afetação, relação e contradição, possuindo desse modo, uma vida pulsante – em um contínuo movimento de contração/relaxamento, marcado por uma potência criativa em um “devir na resistência”.

No lócus dessa cartografia - as cidades de Campina Grande e João Pessoa, no estado da Paraíba - entrevistamos três e duas psicólogas respectivamente, tendo como critério de inclusão possuir pelo menos um ano de vínculo profissional com o NASF.

4.1 Pistas do território NASF

O Núcleo e Apoio à Saúde da Família⁵⁴, criado em 2008, teve como objetivo principal oferecer apoio à consolidação da Atenção Básica por meio tanto da ampliação da rede de serviços, como do aumento da resolutividade e da abrangência nas intervenções em saúde pública, assumindo o *status* de “porta de entrada” da Estratégia de Saúde da Família - ESF (Brasil, 2008).

No campo do instituído, o Núcleo deveria buscar uma ação interdisciplinar integrada entre seus profissionais⁵⁵ a exemplo do atendimento e das discussões compartilhadas de casos clínicos, atuando ainda com visitas domiciliares e com a construção de projetos terapêuticos singulares; tudo dentro de uma perspectiva territorial e intersetorial com foco na promoção e prevenção em saúde⁵⁶.

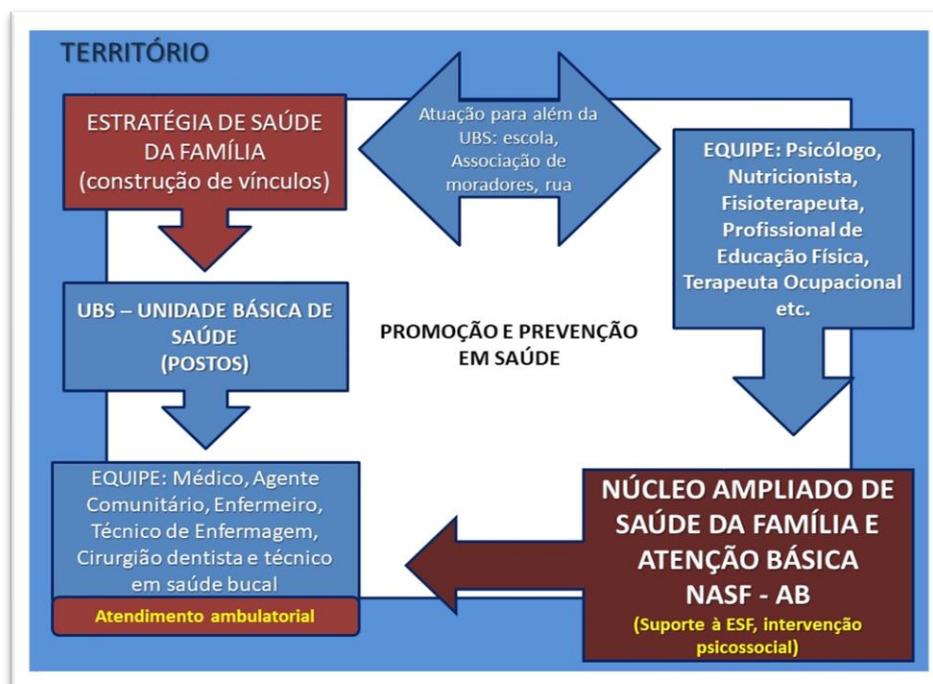
Acompanhando a mudança no paradigma assistencial, quando da substituição do Programa de Saúde da Família - PSF pela ESF, o NASF buscou construir sua atuação a partir de ações interdisciplinares contínuas e com intervenção de base territorial (Campos, 2016). Sua localização no campo da Atenção Básica é apresentada na Figura 4, de modo a oferecer ao leitor um mapa das complexas interações que se dão entre as diversas instâncias da ESF, campo tensional onde se insere o Núcleo.

Figura 4 - Fluxograma da Estratégia de Saúde da Família – ESF

⁵⁴ Criado pela portaria GM nº 154/2008, então definido como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nomenclatura atualizada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) na Portaria Nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017 emitida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

⁵⁵ Profissionais que podem compor o NASF-AB: profissional/professor de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, médico ginecologista, médico pediatra, médico acupunturista, médico homeopata, médico ginecologista/obstetra, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Modalidades NASF. Acesso em 30 de junho de 2020 de <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>)

⁵⁶ Ministério da Saúde. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>).



Fonte: Barros (2019).

Enquanto dispositivo da ESF, o NASF assumiu a missão de ofertar suporte às equipes de Saúde da Família, buscando um modelo que concretizasse a integralidade do SUS com ênfase aos determinantes sociais presentes na realidade da saúde. Este modelo assistencial buscou assim, complementar e ampliar a assistência individualizada e hospitalocêntrica, priorizando:

[...] o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias como estudo e discussão de caso e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (Brasil, 2009, pp. 7-8).

A política que institui o NASF propõe enquanto ferramenta metodológica de intervenção, a “clínica ampliada e partilhada”. Um modelo de promoção de saúde com viés fortemente político, pois considera os aspectos socioculturais e econômicos enquanto

determinantes do processo saúde-doença, buscando constituir uma atuação interdisciplinar sobre o cuidado com fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários. Tal modelo de intervenção buscou, como resultado da corresponsabilização do cuidado, constituir o compromisso com a saúde coletiva e individual, principalmente dos mais vulneráveis (Campos et al, 2016).

Nesse caminho, o ano de 2016 marcou a deflagração da crise política que já vinha se articulando no Brasil, o que resultou, por exemplo, na aprovação da chamada “PEC da Morte”⁵⁷, que limitou os gastos e os investimentos públicos por 20 anos, incluindo saúde e educação. A partir desse contexto, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (como passou a ser nomeado a partir de 2017 com o Plano Nacional da Atenção Básica - PNAB), tem sofrido uma série de intervenções que culminaram em seu atual enfraquecimento e provável desmonte, principalmente a partir da instituição do Programa Previne Brasil em 2019⁵⁸, ao estabelecer um novo modelo de financiamento e custeio da Atenção Básica. Somado a isso, já em 2020 é publicada a Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS revogou as normas que definiam os parâmetros de custeio do NASF-AB, como visto no trecho adiante:

2.2. Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os

⁵⁷ Proposta de Emenda a Constituição – PEC 55/2016: a iniciativa para modificar a Constituição proposta pelo Governo, tem como objetivo frear a trajetória de crescimento dos gastos públicos e tenta equilibrar as contas públicas. A ideia é fixar por até 20 anos, podendo ser revisado depois dos primeiros dez anos, um limite para as despesas[...] A medida irá valer para os três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário. Pela proposta atual, os limites em saúde e educação só começarão a valer em 2018. (https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html)

⁵⁸ Portaria n° 2.979 de 12 de novembro de 2019, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.

profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

2.3. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas. (Brasil, 2020, p.1).

O caminho que será trilhado pelos NAFS's a partir de então é incerto, pois dependerá do direcionamento e financiamento de cada gestão municipal. A única certeza é que a existência do núcleo está ameaçada, e com ela a proposta de uma clínica ampliada, partilhada, interdisciplinar e política, um importante dispositivo promotor da integralidade do SUS. Cabe ressaltar que, diante desse contexto, nosso trabalho se localiza em um espaço de virtualidades no qual se apresenta como significativo instrumento de resistência, dando destaque ao papel social de uma clínica com viés político, enfatizando a sua importância no âmbito da atenção integral à saúde dos mais vulneráveis socioeconomicamente.

4.1 Diário de campo: os afetos de uma auto cartografia.

Quando da apresentação dos recursos a serem utilizados no acesso às experiências das participantes da pesquisa que deu subsídio a essa tese, sinalizamos que além da entrevista semiestruturada, iríamos lançar mão do diário de campo objetivando registrar nossas afetações durante a cartografia, abordagem construtora do espaço intersubjetivo da pesquisa-ação. Nesse sentido, o campo e o pesquisador são mutuamente afetados como em uma dança, sem que ambos tenham o poder de guiar, mas que o potencial dessa parceria possa construir algo que extrapola o campo de suas “individualidades”.

A cartografia enquanto pesquisa-ação não separa, desse modo, o conhecer do fazer, pesquisar do intervir, concluindo que toda pesquisa é também uma intervenção! Argumento

que nunca foi tão válido, considerando o contexto no qual vivemos no Brasil nos últimos anos, onde pesquisar tornou-se mais do que nunca um ato político de resistência. O uso do diário de campo nesse interim, nos leva ao mergulho no caos criativo do sujeito-objeto, na perspectiva do *Plano da Experiência*: “[. . .] A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (Passos & Barros, 2015, p.18).

A construção da presente tese percorreu um caminho que nos levou da assistência social à saúde coletiva, quando da definição do campo-tema, esbarrando de pronto na primeira pista: a discrepância entre a política pública enquanto lei estatal, a política de governo e a “mesma” política como elemento vivo no cotidiano dos usuários.

O primeiro contato com Secretaria de Saúde na solicitação da autorização da pesquisa foi um processo bastante burocratizado, principalmente em João Pessoa, o que pode ter interferido na comunicação com as profissionais participantes. Esse processo foi intermediado por um setor que conduz a gestão das pesquisas junto à Secretaria, não permitindo uma comunicação direta com a gestão no Núcleo na cidade e autorizando a pesquisa com um tempo maior de espera. Em Campina Grande nossa solicitação foi realizada diretamente ao coordenador da Atenção Básica, figura bastante engajada com os propósitos do serviço, autorizando rapidamente nossa proposta e agradecendo o interesse na expectativa de que trouxéssemos alguma contribuição.

O contato com as psicólogas no primeiro campo citado, onde começamos a pesquisa por residir na cidade nessa época, foi facilitado pela gerência que nos passou o telefone pessoal de cada participante. No período de realização das entrevistas, ocorridas entre maio e outubro de 2019, faziam parte da equipe 3 psicólogas e 1 psicólogo, dispensado por não compor o critério de inclusão referente ao tempo mínimo de trabalho no serviço. Além da entrevista,

nosso intuito era reuni-las para construção coletiva de um grupo reflexivo objetivando trocas de experiências, o que lamentavelmente não foi possível devido a incompatibilidade de suas agendas.

A primeira entrevista ocorreu no mês de maio de 2019, com a participante Emília, sendo uma das experiências mais significativas do estudo, pois nos apresentou como uma profissional bastante motivada e engajada com a proposta da clínica ampliada junto ao NASF-AB, apesar das dificuldades que enfrentava:

Após o agendamento prévio da entrevista, Emília me recebeu pontualmente, realizando uma excelente acolhida, apesar da minha presença parecer representar uma “ação de fiscalização” do serviço, situação estampada no rosto desconfiado que expressavam a secretária e a enfermeira da unidade, normal ao primeiro contato. De modo geral, a UBS foi uma das mais organizadas que visitei, porém, ressaltando-se a situação de não haver um espaço para uso da profissional da psicologia, ficando restrita a utilizar a sala do serviço de enfermagem. Mesmo entendendo que o NASF não tem sede própria e que o trabalho é itinerante, a disposição da sala reforçava a ideia de um atendimento ambulatorial predominante nestes espaços. No decorrer da visita, a entrevista transcorreu de modo tranquilo, estando a profissional absolutamente disponível à comunicação da sua experiência, inclusive empolgada em fazê-lo. A entrevista foi a mais longa em nosso percurso, seguindo com impressões passadas após o término da gravação, nas quais a psicóloga insistia na defesa da importância do Núcleo e da ampliação das práticas psicossociais na psicologia, inclusive para outros campos do saber (a exemplo das práticas integrativas e complementares). Nesse ponto, enfatizou os limites da formação (analisador emergente) para dar conta da complexidade do sofrimento atravessado pela dinâmica social, presente nos territórios das políticas públicas de saúde no Brasil. Cabe destacar que, além de ser a primeira entrevista, na qual estava bastante empolgado pelo início do trabalho de campo, a experiência de Emília me tocou profundamente, na medida em que era perceptível sua conexão com o trabalho da psicologia e com os efeitos psicossociais que provocavam. Apesar das dificuldades, a psicóloga me pareceu esboçar tanto esperança como uma crença quase inabalável no potencial do seu trabalho, o que me afetou positivamente em acreditar

que seria possível encontrar uma psicologia menos “psicológica” e mais desviante e criativa.

A segunda entrevista ocorreu no mês de junho de 2019, pois estávamos esperando o término da licença maternidade da participante Alice que, dentre as profissionais participantes, era a que possuía menos tempo de formação e de experiência no NASF. Também foi a única que não nos atendeu no serviço de saúde, mas em sua clínica particular, nos parecendo ter certa dificuldade para reagir às questões disparadoras, como se buscase modelar em demasia a comunicação de sua experiência.

A participante estava de retorno de sua licença maternidade e marcou a entrevista em sua clínica particular, onde fui acolhido no ambiente por um atendente, ficando no aguardo por cerca de 20 minutos. Após sua chegada entramos em sua sala de atendimento, quando de pronto percebi que ela estava um pouco nervosa considerando ser nosso primeiro e único encontro, percepção reforçada por sua dificuldade inicial de entender as perguntas, o que aos poucos foi sendo superado. A entrevista transcorreu em aproximadamente 30 minutos, porém não atingindo muita profundidade, na medida em que a participante demonstrava certa estereotipia em suas respostas, prendendo-se muito a um discurso um tanto teórico e, ao mesmo tempo, mostrando muitos limites em sua atuação devido ao afastamento por motivo de gravidez. Seu pouco tempo de formação (5 anos na época) e a experiência construída em seu percurso na psicologia clínica tradicional, ressaltou-se nos poucos relatos de intervenções psicossociais, a exemplo do matriciamento, apesar de sinalizar contato teórico com a proposta. Quando da sua entrada no NASF, buscou a supervisão de uma ex-professora para planejar e executar suas atividades. Ao sair do encontro com a profissional me senti um tanto frustrado, na medida em que foi impossível não comparar com a experiência da outra colega, Emília. Me pareceu que a psicóloga ainda não tinha acessado o potencial do trabalho que poderia realizar no NASF. Apesar de demonstrar muito interesse em entender teoricamente o papel do Núcleo, me passou certa desconexão com o papel que a psicologia poderia desempenhar nesse território. O que me fez refletir ainda mais sobre a necessidade de se atualizar os currículos da formação em psicologia, dando mais suporte aos formandos no tocante

a experiência do habitar os espaços das políticas públicas, um chamado que há tempos as demandas sociais o fazem.

A terceira e última entrevista realizada no município de Campina Grande ocorreu em setembro de 2019, com a participante Macabéa, em uma UBS localizada em um território intermediário entre o urbano e o rural, ao qual a atuação do NASF-AB se estendia:

A UBS visitada para a realização da entrevista era ambientada em o prédio que se posicionava em uma das ruas que dá acesso a sua zona rural, possivelmente para facilitar as visitas das equipes às unidades que ficam nessa região. Chegamos na unidade no período da tarde, tendo como primeiro impacto a precariedade das instalações, possivelmente adaptadas a partir do prédio de uma escola pública. Sem um espaço de recepção definido adentrei a uma sala e lá me fizeram esperar pela psicóloga que de pronto me recebeu. Fomos então a “sua” sala, a qual não possuía muita privacidade (situação recorrente na realidade do NASF), onde afirmou fazer alguns atendimentos (modelo ambulatorial); sala esta que tinha duas portas - uma para o pátio do prédio e outra que dava em uma sala ocupada por uma profissional de outra área. Percebi certo desconforto com o ambiente, lembrando uma típica repartição pública que parou no tempo. Mesmo nessas condições, a entrevista transcorreu bem, apesar dos ruídos provocados na sala vizinha e de uma interrupção feita pela outra servidora, o que me pareceu algo recorrente. Foi perceptível o cansaço e o descontentamento da participante sobre sua condição de trabalho, reforçados em sua fala após o término da gravação da entrevista, na qual destacou o lugar de uma psicologia desvalorizada e mal remunerada. Descontentamento reforçado pela pressão institucional sofrida, impondo-lhe o lugar tradicional das intervenções clínico-ambulatoriais, o que vai de encontro a política que preconiza o NASF-AB. Seu caminho difuso de formação e experiência profissional a coloca em um lugar de muita afetação (começa na psicologia organizacional, passa pela assistência social e se encontra atuando na saúde), o que nos faz pensar em uma desterritorialização presente muitas vezes no campo da Psicologia. Por fim, seu desabafo pós gravação denota a vivência de uma possível opressão no campo do trabalho, revelada na preocupação em saber se sua fala ainda estava sendo gravada. No geral, essa experiência me provocou certo nível de angústia, refletindo-se em desorientação ao sair da UBS. Esse estado me

pareceu provocado pela significativa insatisfação apresentada pela participante, que expressou um grau de sofrimento por se encontrar em condição manifesta pela mesma como degradante (baixo salário, péssimas condições ergonômicas e falta de reconhecimento). Tal situação me afetou de modo significativo, principalmente por ver uma colega em um lugar de forte embotamento, parecendo presa a uma situação sem saída imediata, fato que me fez refletir sobre meu lugar social enquanto profissional da psicologia.

Ainda em 2019 iniciamos nosso percurso cartográfico em João Pessoa, período em que nos mudamos para a cidade. Como dito anteriormente, o contato mais burocrático com a Secretaria de Saúde dificultou também nossa comunicação com as profissionais, conseguindo em um ano apenas 3 contatos de um dos distritos sanitários, sendo que em um deles a psicóloga havia se afastado por motivo de saúde, logo que iniciamos as entrevistas.

A secretaria também nos disponibilizou acesso às profissionais de outros distritos, porém, devido a comunicação falha entre eles, não conseguimos contactar as profissionais, momento em que entramos no ambiente da pandemia já em 2020, o que dificultou ainda mais. Porém, apesar dos percalços, incluindo a impossibilidade de fazer o grupo reflexivo pelos mesmos motivos da primeira cidade, essa situação não compromete nosso estudo, considerando tanto seu viés qualitativo quanto a compreensão de que a tese é um trabalho mais amplo do que a pesquisa em si.

Nesse caminho, nossas entrevistas em João Pessoa iniciaram com a participante Capitu outubro de 2019, psicóloga concursada na prefeitura municipal e com carreira consolidada junto às políticas públicas de saúde:

A UBS visitada se localizava em um bairro privilegiado da capital, causando certo estranhamento ao perceber aquele espaço de saúde pública voltado à população mais vulnerável em meio a prédios de luxo e alto padrão. No dia agendado, fui recebido em um ambiente com apenas a psicóloga e uma funcionária, em um prédio que denotou

uma reorganização espacial com muitos móveis espalhados. Ao ser acolhido, a participante foi logo avisando que estavam em reforma e que não teria uma sala adequada para nossa entrevista, não se desculpando com isso. Dirigimo-nos então a uma sala em formato de grande salão, onde nos acomodamos em um espaço localizado ao centro, sem preservação nenhuma do sigilo e ainda contando com a presença de uma criança que brincava em um canto do salão, produzindo ruídos vez por outra. Apesar da postura acolhedora, a psicóloga mostrou-se naturalmente resistente, considerando que nosso único contato até então foi apenas via telefone. Nessa perspectiva, a mesma segue na entrevista presa no discurso institucional, afirmando que não existia desvio de função nem acúmulo de trabalho no que se refere a ocupação de cargos de gestão nas UBS da cidade por parte de algumas equipes NASF. Durante todo o tempo, demonstrou a preocupação de estar ou não atendendo a minha expectativa no tocante à entrevista, buscando passar uma visão “muito positiva” da sua experiência. Essa postura foi presente em toda a entrevista, não permitindo a emergência de algo mais espontâneo, com respostas curtas e objetivas. O encontro com a participante me deixou incomodado e, de certo modo intrigado com sua postura, como se eu fosse algum tipo de “fiscal” do seu trabalho, ao mesmo tempo que me passou pouco envolvimento com o trabalho que a psicologia deveria desempenhar junto ao NASF, focando, por outro lado, entusiasticamente em seu papel de gestora com adesão efetiva aos enunciados administrativos (“vestir a camisa”, “dar o sangue”, competências, equipe de sucesso, competição etc.). Mesmo entendendo que atividades de gestão podem ser realizadas por profissionais da psicologia, essa situação não se aplica no contexto do NASF, conforme preconiza suas diretrizes.

Nossa última entrevista foi com a participante Iracema em janeiro de 2020, em uma UBS localizada em um bairro que fica entre a periferia e os bairros considerados de elite na capital paraibana, mais próximos da orla:

Ao chegar na Unidade Básica de Saúde, a entrada com um belo jardim me passou a impressão de um lugar organizado e acolhedor e que não lembrava, a princípio, a maioria dos espaços públicos de saúde no Brasil. Porém, o ambiente da recepção se revelou com clima tenso, muita insatisfação por parte dos usuários, com reclamações

e ânimos exaltados. Na recepção fui atendido e direcionado para um corredor onde esperei a psicóloga/gestora da UBS, espaço separado da recepção por uma corrente comandada por um tipo de porteiro, o qual controlava rigorosamente o acesso dos usuários ao ambiente interno. A psicóloga me recebeu e me convidou a uma sala com aspecto de escritório, justificando com certo constrangimento que ali era seu espaço de trabalho. Pediu licença para trancar a porta, pois já previa que iríamos ser interrompidos pelas demandas gerenciais que não parariam de chegar, e assim o foi. Fomos interrompidos várias vezes, seja por batidas na porta ou por ligação telefônica, porém ela se manteve firme em não parar a entrevista para atender, apesar de olhar o celular vez por outra até desliga-lo momentaneamente. Sua necessidade um tanto velada de falar, somado ao seu semblante cansado, não conseguiu vencer por completo a insistência da equipe, deixando-a dispersa em dado momento. Durante a pergunta sobre o desvio de função, a mesma não o reconheceu de pronto, afirmando dar conta das duas atividades como gestora e psicóloga, fato que negou posteriormente. Justificou ainda, que tinha experiência como psicóloga organizacional e que já estava acostumada (porém insatisfeita), pois isso facilitava seu trabalho como gestora, o que não acontecia com os outros profissionais de saúde/gestores (fisioterapeuta, nutricionista etc.), por conta da falta de experiência e formação. Já no final da entrevista, após desligar o gravador, pergunto se ela está bem por conta do semblante cansado e sou respondido com um suspiro afirmativo abrindo espaço para que ela possa se expressar, o que provocou um desabafo sobre o desvio de função e a frustração em voltar a trabalhar com gestão, na medida que foi contratada como psicóloga clínica, que pareceu ser seu desejo principal. No geral foi um encontro que envolveu algumas tensões, desde a turbulência da recepção à preocupação com prováveis interrupções e falta de privacidade que circundou o espaço da entrevista. Esses ruídos territoriais me fizeram entender um pouco da dinâmica na qual a psicóloga estava envolvida, o que culminou na minha pergunta repentina e potente sobre seu estado emocional. Seu suspiro aliviando a tensão e confirmando que nada estava bem, me pareceu uma reação a demanda implícita: “finalmente alguém pergunta como estou”! Momento que me fez compreender a minha presença enquanto intervenção no campo, associando-a de pronto à pista cartográfica da pesquisa-intervenção. Ou seja, como pesquisador me senti afetado pelo estado de espírito da colega, promovendo espontaneamente uma intervenção no campo territorial e intersubjetivo da relação. Essa experiência produziu em mim tanto sensações positivas,

no que se refere a minha “intuição” em acessar a participante para além dos objetivos da pesquisa, rompendo um pouco com a falácia da “neutralidade” científica (em correntes positivistas); quanto negativas, na medida em que encontrei mais uma profissional da psicologia insatisfeita com seu lugar social.

Nossa experiência de condução das entrevistas, com destaque para cada uma individualmente, nos proporcionou formas de afetação peculiares. Fazendo emergir analisadores que se entremeiam por entre as frestas que se abrem no rígido (mas rachado) lugar da Psicologia, seja no campo da saúde, das políticas públicas ou, simplesmente, na produção subjetiva das experiências das profissionais.

Nesse sentido, destacamos alguns elementos observados no decurso das entrevistas:

- a falta de preparação teórico-prática das profissionais para atuar junto às demandas territoriais do NASF, ligada tanto à formação acadêmica ainda influenciada por paradigmas individualizantes, quanto ao pouco investimento em capacitações por parte da gestão do serviço de saúde; e,
- a desvalorização do lugar da psicologia no âmbito da saúde coletiva, parecendo relegar as profissionais e suas intervenções a uma condição de certo embotamento criativo.

No que se refere a experiência como pesquisador, nos sentimos consideravelmente afetados por este campo, na medida em que tendo a mesma formação das participantes, ressoa em nós a vivência com uma formação que não nos preparou para as demandas de um território de multiplicidades. Por outro lado, nos chama atenção o movimento de resistência da profissão em se manter ativa nesses espaços, mesmo com a falta de valorização que ainda sofre no setor público, mostrando ser possível criar apesar da adversidade.

4.3 TRANSVERSALIDADES DO CAMPO NASF

O NASF-AB apresenta-se tanto como realidade fabricada por dispositivos instituídos no âmbito das políticas públicas em saúde, como no conjunto das experiências teórico-práticas formadas na dimensão do instituinte, que se manifesta nos conflitos instaurados entre o saber-poder biomédico e a clínica com psicossocial. Enquanto discursos e práticas sustentadas em jogos verticalizados de poder, o instituído tende a despotencializar as relações e impedir a passagem do criativo; enquanto a dimensão instituinte emerge como potência que circula por meio das linhas flexíveis e das rachaduras provocadas pelas micropolíticas do cotidiano, um traçar de linhas que transversalizam o saber-fazer dos profissionais da psicologia e de outras áreas (Romagnoli, 2016).

No campo das tensões que envolvem o Núcleo, o conceito de transversalidade desenvolvido por Guattari (1985) nos proporciona uma incursão pela Análise Institucional enquanto movimento que transpassa saberes, poderes, lugares e zonas de conforto, na tentativa de conectar a multiplicidade via diálogo junto com a transformação dos diferentes níveis e sentidos, sem rigidez hierárquica. Assim,

Só a revelação de um grau mais ou menos grande de transversalidade permitirá que se desencadeie, durante um tempo (já que nesse assunto tudo é permanentemente questionado), um processo analítico, oferecendo aos indivíduos uma real possibilidade de se servirem do grupo à maneira de um espelho. [. . .] A consolidação de um nível de transversalidade numa instituição permite que se institua no grupo um diálogo de um novo tipo [. . .]. (Guattari, 1985, pp. 98-99).

A compreensão do nível de transversalidade que se manifesta na realidade do NASF-AB estudado⁵⁹ nas duas cidades-campo, se desenrola na busca de um mapeamento que permitiu acesso a linhas de segmentaridade que se entrecruzam no saber-fazer desenvolvidos no Núcleo. Linhas que se apresentam de modo rígido nos atravessamentos da macropolítica que rege o NASF-AB, e de modo flexível através das micropolíticas do cotidiano que envolvem as práticas psicossociais desenvolvidas pela psicologia no seio das equipes multidisciplinares em dado território.

As linhas rígidas e flexíveis são destacadas a partir das experiências analisadas adiante, caminho construído de modo não linear e buscando os analisadores que emergem no percurso da pesquisa, permitindo identificar os elementos institucionais e os deslocamentos da noção de sujeito individualizado para o campo da intervenção nas grupalidades.

A ambiência de implantação do NASF nas duas cidades estudadas, descortinou o caráter macropolítico nas tomadas de decisão verticalizadas, “tradição” que permeia a efetivação da política pública no Brasil. Tal verticalização se refere à implantação (e extinção) de programas e projetos sem o devido debate junto à sociedade civil, promovendo uma prática institucional que oferece um treinamento insuficiente, não avaliando o impacto do serviço e não acompanhando a baixa oferta de vagas para os profissionais, como é o caso da psicologia junto ao NASF-AB, com um número insuficiente de profissionais diante da grande demanda.

A intervenção macropolítica destacada, tem criado, no caso do NASF-AB, um *modus operandi* disforme e difuso, dando uma roupagem instituinte peculiar a cada cidade mapeada. Em Campina Grande, é possível perceber certo movimento de resistência frente às pressões do

⁵⁹ Gostaria de frisar que considero as experiências desenvolvidas pelas participantes da pesquisa, enquanto instâncias peculiares a cada localidade estudada, com destaque para o campo da dinâmica do instituído/instituinte que proporciona um contorno às práticas psicológicas desenvolvidas neste espaço, o que Guattari (2004) chama de *Intimidade caótica*, ou seja, um *modus operandi* oposto aos princípios da solidez, do absoluto e do estanque.

modelo de atenção hegemônico na ESF, com destaque para as tentativas de reduzir as práticas psicossociais do NASF ao atendimento ambulatorial, manifestas nas ações de alguns médicos no que refere à intervenção através da lógica da referência/contrarreferência.

[. . .] o NASF já tem essa visão maior, de que ele (o paciente) precisa ser visto por todo mundo, de que ele não é só aquela doença que está se apresentando, mas muitas vezes a equipe, o médico, não tem essa visão, ele trabalha mais na lógica do encaminhamento, o paciente vem, tá precisando, tá obeso vai pra nutricionista, ou tá com um problema...a gente recebe muito aqui [. . .] tá com instabilidade emocional vai pra psicóloga. (Emília)⁶⁰

Pesquisador: Então, existe uma divisão multiprofissional na intervenção? E de caráter ambulatorial?

Divide, ainda tem isso, por incrível que pareça, dez anos que a gente tem NASF eu ainda recebo encaminhamento de referência e contrarreferência⁶¹ da unidade, eu estando as vezes vizinho, quando ele pode chamar e a gente fazer um consulta compartilhada, quando ele pode chamar e a gente discutir os casos e ver quais os melhores encaminhamentos, mas ainda tem alguns que me mandam um papelzinho assim “referência e contrarreferência”, pra que eu atenda e mande de volta, ali anotado o que foi que eu “vi” daquele paciente. (Emília).

⁶⁰ Entrevista realizada na cidade de Campina Grande em maio 01 de 2019.

⁶¹ [. . .] O encaminhamento do usuário do SUS para atendimento em outro nível de atenção (ou complexidade) da mesma estrutura depende de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, que pode ser compreendido como um mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento bem-sucedido dos usuários entre os diferentes níveis de atenção [. . .] A referência se caracteriza pelo encaminhamento das UBSs para os níveis de maior grau de complexidade (média e alta). A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para a APS (**Atenção Primária à Saúde**, grifo nosso), ou seja, quando a continuidade do tratamento requeira menos recursos tecnológicos e terapêuticos, como os disponíveis nas UBSs. (Pereira & Machado, 2016, p. 1035).

Em João Pessoa, por outro lado, a gestão municipal promoveu um desvio do papel do Núcleo, direcionando as psicólogas e outros profissionais da equipe para gerenciar Unidades Básicas de Saúde, situação que relegou para segundo plano o que preconiza a política pública:

[. . .] os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. (<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>).

Em relação à implantação do Núcleo, em ambos os municípios, percebemos experiências similares no que se refere a falta de uma preparação efetiva das equipes, deixando-as um tanto alheias ao que preconiza a política pública. Processo que irrompe na experiência das participantes dando passagem aos analisadores: divergência entre a formação em psicologia e o campo da clínica ampliada e saúde pública; e, zonas de ambiguidade do saber-fazer psicológico.

Não, não tive treinamento não. A gente só fala que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, então a gente exerce o Caderno da Atenção Básica e fica na responsabilidade da gente de aprender, mas às vezes quando um gestor está falando lá: - mas isso não é atribuição do NASF, tem que ler o caderno de atenção básica! A gente vai lá e lê, mas no dia-a-dia assim (lá no começo!) a gente não foi preparado para isso não, e aí já chega para ir trabalhar, vai de cada um a responsabilidade de querer aprender, saber o que você está fazendo. (Iracema)⁶²

⁶² Entrevista realizada na cidade de João Pessoa, no dia 23 de janeiro de 2020.

Inicialmente foi tudo novo, porque eu trabalhava em uma organização da Assistência Social que tem uma outra política, mesmo sendo uma política também de prevenção primária, vim para o NASF, que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, então fui jogada meio que de paraquedas, até porque era um programa muito novo, mesmo eu entrando em 2013 a gente conhecia de forma diferente. O NASF que eu conhecia era o que tinha uma sede onde os profissionais atendiam, que era o lá de São Bento, tinha umas colegas que participavam e por curiosidade eu fui conversar com elas. (Macabéa)⁶³

Estes relatos reiteram que a verticalização predominante na implantação do NASF-AB, atinge em cheio seu *modus operandi*, na medida em que a contratação de profissionais sem preparo teórico-prático para realização de intervenções no campo da clínica ampliada e partilhada, bem como o fato de não os treinar devidamente, reitera à hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde, pois coloca estes profissionais como “reféns” do atendimento ambulatorial. Esse descuido por parte das gestões municipais de saúde debilita, portanto, as práticas de intervenção dando roupagens tão diversas que criam territórios, tanto habitáveis quanto inabitáveis, em se tratando da promoção e prevenção em saúde.

Esta transversalidade que constitui o NASF-AB compõe-se de linhas caóticas que perpassam seu território, criando um devir que se opõe às lógicas verticalizadas e horizontalizadas no encontro de uma “coesão” que se propõe construir no movimento da intervenção em saúde (Simonini & Romagnoli, 2018). A construção desta política, enquanto devir, manifesta-se na demanda constante por respostas às perguntas: O que é o NASF? Qual seu limite de atuação? É ambulatório ou não? Remetendo as discontinuidades que o atravessam enquanto macro e micropolítica.

⁶³ Entrevista realizada na cidade de Campina Grande, 20 de setembro de 2019.

[. . .] Então quando o NASF surgiu era novidade para todo mundo [. . .] Ai teve a primeira capacitação do NASF, a gente chegou nas unidades meio perdido sem saber muito o que ia fazer, o pessoal das equipes também não sabia qual seria o papel do NASF, todo mundo achava que ia ser ambulatório, que o NASF vinha para acrescentar na parte ambulatorial e, como a gente não ia fazer ambulatório, todo mundo dizia que o NASF não trabalhava...o NASF não trabalha, chega aqui e fica andando e quer só participar de grupo, foi muito difícil os primeiros anos por conta disso, o NASF não conseguia se encontrar, passou um bom período, entrava gestor e saia gestor, tinha gestor que entendia que era pra ser ambulatório...NASF é pra trabalhar ambulatório! Ai a gente recebia milhares de encaminhamentos e ficava só em ambulatório. Passava um tempo aí mudava de gestor...não o NASF é pra ser matriciamento, vamos nos espelhar na experiência de João Pessoa, o NASF é pra ser apoio matricial! Ai o NASF começava como apoio matricial e isso fazia com que os profissionais ficassem mais perdidos ainda. (Emília)

Esta narrativa mostra o quanto a implementação do NASF-AB sem nenhuma discussão ou treinamento contínuo com os atores que iriam operá-lo, foi caótica. Corroborando com a lacuna sobre a delimitação do que seria o Núcleo e sua função na Atenção Primária, apesar dos documentos oficiais o localizarem como apoio às equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF.⁶⁴

Em Campina Grande, esse movimento é apresentado nas narrativas como resultante das mudanças de gestor a cada novo governo municipal e, conseqüentemente, pelos modelos de gestão implantado. Situação que reflete na falta de universalização/integralização do serviço, considerando, por exemplo, o reduzido número de psicólogas ligadas ao Núcleo: 4 profissionais da psicologia distribuídas entre as 9 equipes NASF-AB em 10 distritos. Em

⁶⁴ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, os núcleos são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>).

alguns distritos é possível encontrar mais de uma equipe de Saúde da Família, impossibilitando o atendimento equitativo por parte dos profissionais que, durante a semana, permanecem com um expediente na UBS.

[. . .] Então, são cinco UBS's e sete equipes que eu tento dar um suporte. Tento né! Porque é bem complicado. Aí tem o atendimento individual que é encaminhado pelos profissionais de saúde, principalmente os médicos. Aí eu tento fazer PTS (Plano Terapêutico singular), o que vem de demanda eu vou tentando articular dentro da proposta do NASF. É um pouco complicado? É! Porque não se entende bem o que é o NASF, os próprios profissionais têm um certo preconceito, acha que a gente não faz nada. (Alice)⁶⁵

Tal contexto restringe, portanto, a atuação efetiva da psicologia junto ao Núcleo, principalmente no que se refere a sua contribuição no campo da clínica ampliada, o que compromete tanto a integralidade do atendimento, que atinge os usuários, quanto a qualidade do serviço prestado pela psicologia, que atinge os profissionais sobrecarregando-os.

[. . .] dentro desse pouco tempo que a gente tem, pra gente atender a demanda daquele território todinho, por isso que muitas vezes a gente foca na questão dos grupos, porque a gente consegue atender um número maior de pessoas. (Emília)

A sobrecarga relatada pela participante, que busca lidar tanto com o número reduzido de profissionais quanto com o discurso que deslegitima a própria equipe do Núcleo, reforça a análise acerca da atuação de forças macropolíticas que interferem no cumprimento dos propósitos do NASF, se impondo por meio de ações que acabam por enfraquecê-lo com sucateamentos diversos. Esta conjuntura cobra, então, o seu preço: comunidade desassistida pelo número exíguo de profissionais; fragmentação das práticas; desvio de função e propósito,

⁶⁵ Entrevista realizada na cidade de Campina Grande, no dia 17 de junho de 2019.

tanto do serviço quanto da atuação profissional, a exemplo da imposição do atendimento ambulatorial.

Transversalmente, esse “não lugar” ocupado pelo Núcleo, reitera a concepção que as equipes das Unidades Básicas de Saúde - UBS’s desenvolveram sobre a falta de efetividade de suas intervenções. O “não fazer nada” por não atuar de modo ambulatorial, conforme tal concepção, se embasa principalmente no discurso hegemônico constituído no seio do modelo biomédico, que supervaloriza a atenção voltada exclusivamente aos processos fisiopatológicos, privatizados, na grande maioria dos casos, por uma nosografia somada a abordagem clínico-medicamentosa.

A força molar que desvia o NASF-AB do seu propósito, empurrando-o para este “não lugar”, se torna ainda mais evidente nas experiências das psicólogas do município de João Pessoa, no qual as equipes do Núcleo se dedicam quase que exclusivamente à função de gestores das UBS’s. Este ambiente de desvio de função coloca, na maioria das vezes, os profissionais em situação de desconforto e vulnerabilidade, na medida em que a formação acadêmica não os prepara com tais competências gerenciais.

[. . .] é interessante ser gerente, porém às vezes sobrecarrega um pouco, porque a gente faz a parte administrativa.

Pesquisador: São sempre psicólogos que fazem essa parte?

Não, de todos os profissionais você se depara com um profissional como gerente, [. . .] o fisioterapeuta também é um gerente, isso é a realidade de João pessoa.

[. . .] Como se fosse um administrador! É um administrador: ponto do pessoal, cobranças de um modo geral para funcionamento, se está faltando material a gente que articula, reunião de equipe é a gente que tem que fazer. Antes era muito liderado pela enfermeira quando não existia NASF, hoje somos nós, entendeu? É por isso que a gente é muito bem-vista, porque isso veio a agregar, então a gente entra como gerente,

antigamente chamava apoio, sabe? Mas agora chama gerente que tem muito a ver com gestão. (Capitu)⁶⁶

A vivência do papel de “administrador” parece causar ambiguidade em Capitu, que por um lado relata cansaço e sobrecarga, mas, por outro, se esforça para permitir alguma potência advinda da função. O “ser bem-visto” ou “não ocupar mais lugar de apoio” (atribuição vista como pouco relevante), pode revelar uma tentativa de tornar essa experiência menos dolorosa e mais criativa, porém, no campo micropolítico reforça o desvio das atribuições do NASF-AB:

a) O Nasf não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família; b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação⁶⁷; c) A equipe do Nasf e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo; d) O Nasf deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família. (Brasil, 2010a, p. 14).

Cabe destacar, que a atribuição de “gestão” dada ao Núcleo, se refere à promoção do cuidado e do atendimento compartilhado e interdisciplinar, não fazendo nenhuma menção ao campo administrativo. Fato que reforça o argumento de desvio de função infringido a algumas

⁶⁶ Entrevista realizada na cidade de João Pessoa, no dia 16 de setembro de 2019.

⁶⁷**Modalidades NASF-AB: I.** Vinculada a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 1 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 (duzentas) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 80 (oitenta) horas de carga horária semanal; **II.** Vinculada a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 2 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal; e **III.** Vinculada a, no mínimo, 1 (uma) e a, no máximo, 2 (duas) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas, configurando-se como uma equipe ampliada. As equipes do NASF 3 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 80 (oitenta) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal (<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>).

equipes NASF no município de João Pessoa, incluindo a psicologia, o que desterritorializa os profissionais e relega suas práticas a uma atuação burocrática.

[. . .] quando eu entrei não era assim não, a gente já era da atual gestão do prefeito, já era o mesmo prefeito quando eu entrei, não tinha essa coisa tão amarrada não, a gente conseguia fazer mais NASF do que gestão, inclusive dizia assim: - de manhã você fica na unidade e de tarde vai para o campo! [. . .] mas depois que veio o projeto Gerente Saúde, que chegou em 2017 [. . .] a partir daí começou a ser a maioria do tempo, você tem que ficar na unidade e quando você tiver atendimento não saia, peça para o usuário ir lá lhe procurar, entendeu?(Iracema)

A experiência de Iracema nos leva a refletir sobre a dimensão impositiva da biopolítica representada pelo poder municipal, a qual atinge diretamente a relação do profissional e do serviço com o usuário. A decisão horizontalizada de direcionar essas equipes NASF para a gestão provoca uma interrupção da integralidade do atendimento em saúde, infringindo sobre o profissional atividades que não lhe cabem e aos usuários a dificuldade de acesso ao serviço. Situação que nos leva a um ponto nevrálgico: a política local não entende ou não legitima a função do núcleo como parte essencial do atendimento no campo da atenção primária.

Pesquisador: Você acha que isso se deu por conta da compreensão equivocada sobre o que é o NASF? Estando implícita a pergunta: como aproveitar estes profissionais “ociosos”?

Teve com certeza! [. . .] E teve também nosso atual gestor de saúde, desde que ele entrou foi desejo dele criar um gerente saúde [. . .] hoje ele tem o Gerente Saúde e acho que tem que ter mesmo, é um projeto que tem que ter, mas não precisava ser o NASF todo deslocado para isso, poderia ver outros profissionais ou contratar mais profissionais, ou fazer concurso para profissional, seja lá o que for, não focar em todo mundo do NASF, entendeu?

Pesquisador: Então a equipe NASF foi realmente desviada para a gestão?

[. . .] Hoje vamos dar um exemplo, o distrito X tenha 20 profissionais do NASF, 19 são gerentes, então só vai ficar 1 de fora. [. . .] O distrito X ficou mais restrito a essa quantidade de NASFs, se hoje fosse contratadas mais pessoas, se viesse por exemplo 5 NASFs para o distrito X já dava uma melhorada, já conseguia fazer mais NASF do que gestão. (Iracema)

Na experiência de Iracema, a desterritorialização do Núcleo promovida pelo poder instituído (gestão municipal) opera na direção de uma lógica utilitarista que desvia funções e verbas para atender à demanda por servidores no campo da gestão, desvalorizando a função da psicologia e de outras áreas numa vergonhosa operação “tapa buracos”. Por outro lado, o “territorializa” em um campo que privilegia novamente o saber-poder biomédico na atenção à saúde, na medida em que esvazia a intervenção interdisciplinar proposta pelo NASF-AB.

Apesar desse caminho nos levar aos agenciamentos realizados pela macropolítica também apresenta fissuras e segmentos flexíveis que demonstram que “toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica”. (Deleuze & Guattari, 1996, p. 83). A potência desse processo emerge na experiência de Iracema, a partir das afetações que promovem na profissional uma sensação de incômodo, frustração, irritabilidade e cansaço, emergentes da imposição institucional que ameaça sua estabilidade no campo do trabalho,

[. . .] eu já estava com vontade de sair do RH devido ao estresse, então eu vou trabalhar no NASF onde vou fazer atendimento, para mim vai ser melhor. Aí eu vim pra prefeitura, quando cheguei na prefeitura não era só isso, não era só NASF, não era só atendimento, não era só o acompanhamento dos usuários, era pra trabalhar com gestão de novo! [. . .] de 2013 para cá nos dividimos entre gestão e atendimento do usuário, mais gestão do que atendimento! Porque o trabalho de ser gerente da unidade de saúde é grande viu, não é trabalho físico não, é trabalho mental! A gente fica cansada mentalmente [pausa]: meu Deus do céu esse celular que não para! (Iracema)

A implantação do programa Gerente Saúde, que retira os profissionais do NASF-AB do território de intervenção psicossocial, consolida ainda mais a tensão junto ao saber-poder biomédico, na medida em que os olhares se voltam totalmente (se é que deixou de fazê-lo) para o atendimento ambulatorial. Esse lugar ocupado pelas psicólogas é sobrecodificado pelo viés da *produtividade* e da *eficácia*, (número de casos atendidos, emissão de receitas médicas e encaminhamentos), em detrimento de uma clínica implicada politicamente e comprometida com a integralidade do atendimento.

O discurso da produtividade no campo da saúde é adjacente a um conjunto de agenciamentos capitalísticos, fabricando modos de subjetivação que se deslocam entre os campos individual e extra individual, delimitando essa subjetividade resultante como produzida e modelada essencialmente no registro social (Guattari & Rolnik, 2009). Os enunciados produzidos no seio do projeto Gerente Saúde (competição, competência, recompensa, empenho, vestir a camisa) parecem, nessa perspectiva, agenciar as práticas e as profissionais, que se veem capturadas pela máquina do biopoder.

[. . .] hoje no município existe também um incentivo pra gente, que é tipo uma competição. Então, eu estou competindo com todas as unidades isoladas de todo o município de João Pessoa. Cada um concorre com o seu nível, e em João Pessoa a gente tá em primeiro lugar, a gente ganhou ano passado, então tem o incentivo financeiro pra gente. Também foi uma coisa do prefeito pra incentivar a gente em relação a qualidade do atendimento, então quem é que não quer ganhar, assim, uma “boladinha” em janeiro? [. . .] E continuamos em primeiro no município, porque justamente a minha equipe se esforça, e tem muito a ver com quem gerencia, com o médico [...] a minha médica é bem antiga aqui [. . .] é bem comprometida, ao ponto de tirar dinheiro do bolso dela para zelar o jardim, porque a gente tá em reforma, ali você pode olhar que muitas coisas foram bancadas por ela, então ela tem amor pelo que faz. [. . .] A enfermeira está com dengue e queria estar aqui, eu disse: - você tem que se recuperar primeiro! Então é assim, uma equipe que veste muito a camisa. (Capitu)

Os enunciados produzidos no relato de Capitu seguem na direção de um fundamento mercadológico (competição, qualidade, vestir a camisa) que domina o modelo de gestão ao qual parece ter sido agenciada. Tal processo desponta a partir de um conjunto discursivo que estrutura uma concepção utilitarista do serviço de saúde, ameaçando, inclusive, o trabalho em rede, na medida em que as UBS's competem entre si estimuladas pelo isolamento. A eficácia semiótica desses agenciamentos promove uma falsa sensação de fusão entre o público e o privado, apresentando-se como fluxos e conexões que, por meio de relações macro, meso e micropolíticas, produzem subjetivação enquanto efeito da composição/recomposição de potências e saberes.

Os agenciamentos são forças, vetores e interconexões que subjetivam o ser humano a partir da rede de relações que estabelece com outros humanos, animais, objetos, instituições, espaços e lugares. [. . .] Os agenciamentos funcionam como uma rede de dispositivos, que produzem corpos, comportamentos, falas, presentes em todo lugar, fazendo emergir o inumano, o que produz efeitos e aflora nas relações. (Sousa & Romagnoli, 2012, p. 74).

O programa Gestor Saúde parece ter sido estruturado como forma de oficializar o descrédito com a atuação do serviço ofertado pelas UBS's, com destaque para a equipe NASF. Situação que transpõe arbitrariamente modelos de gestão do setor privado para o público, afastando-se do princípio da integralidade defendido pelo SUA, quando do afastamento dos profissionais do seu território de atuação.

Esta rede de agenciamentos produtoras de dispositivos atua, conseqüentemente, na constituição de modos de subjetivação⁶⁸, podendo levar a condutas tanto de desafetação, como

⁶⁸ Guattari e Rolnik (2005).

no relato de Capitu sobre a “privatização” da gestão em saúde, quanto a condutas de invenção efetiva, proporcionadas por linhas flexíveis emergentes nas rachaduras do instituído.

Estas linhas flexíveis dão passagem a uma potência criadora que irrompe das tensões entre desafetação/invenção, biomédico/psicossocial e ambulatório/clínica ampliada, transversalizando as experiências colhidas e analisadas neste estudo.

[. . .] A gente tem algumas experiências bem interessantes [. . .] é porque às vezes a gente tem um retrocessozinho [. . .] Os pacientes que são da interconsulta são pacientes escolhidos pela equipe, agendados previamente [...] só quatro pacientes numa manhã para que a gente pudesse, todos os profissionais, conversar com esse paciente, escutar ele em todas as suas versões, em todas as suas necessidades. A gente fez interconsulta por um bom tempo, por problemas de cronograma médico, porque o cronograma do médico é que rege, infelizmente, aí a interconsulta foi suspensa. (Alice)

A intervenção psicossocial por meio da interconsulta ressalta na experiência de Alice como uma das potências do serviço, esbarrando, porém, na hegemonia do saber-poder médico que domina a maioria dos centros de saúde, tanto público como privado, ameaçando a missão do NASF como importante dispositivo de promoção da integralidade do atendimento no SUS. As intervenções multiprofissionais resultantes desse processo podem se tornar ainda mais isoladas ficando à mercê do ato médico, com raras exceções.

[. . .] nessa unidade o grupo de saúde mental é bacana, muito bacana porque a médica responsável tem esse conhecimento, ela fez especialização em saúde da família e aí consegue entender o que é a proposta da UBS, da saúde da família, o que é o NASF. Entende tudo bem direitinho e é tudo mais fácil de articular. Em outra unidade [. . .] não teve tanta interação, a gente tentou, sentou, conversou: ‘vamos tentar trabalhar juntos!’... foi mais difícil. Basicamente eu só recebi encaminhamento, eu tentei montar um grupo de transtornos médios e leves, que era uma demanda que estava muito recorrente, aí eu disse ‘vamos lá comigo’, mas sozinha não tem como trabalhar, aí ficou para um outro momento (rsrs!). (Alice)

A convivência entre os paradigmas biomédico e psicossocial no campo NASF-AB emerge na experiência de Alice, revelando dois eixos de intervenção que poderiam ser complementares, mas se dividem dicotomicamente atravessando, por vezes, a barreira da convivência “harmoniosa”. Nesse decurso, nos aproximamos da imagem da *raiz pivotante* em Deleuze e Guattari (1995) na qual, a partir de uma unidade de pensamento rígida, se subdividem outras unidades, proporcionando a falsa ideia de multiplicidade, mas que na verdade são dicotômicas, com separações rígidas a partir de tal eixo. Eis a fragmentação que aparece na experiência de Alice, dois paradigmas que dividem sua atuação profissional em dois eixos, fragmentando sua intervenção no campo psicossocial da saúde.

A sustentação da concepção biomédica nas intervenções do NASF-AB, via hegemonia do saber-poder médico, parece que tem sido entrecortada por linhas flexíveis que se expressam por meio da sobrevivência de condutas multidisciplinares (e até de ensaios interdisciplinares), a exemplo da tentativa de instaurar a interconsulta. A luta por uma intervenção na multiplicidade se instaura como resistência na busca por uma associação de saberes, movida pela aprendizagem integrativa e recíproca, encontrando em seu caminho relações de poder que delimitam e limitam as formas de atuação. Assim, como sistema fasciculado “[. . .] não rompe verdadeiramente com o dualismo, com a complementaridade de um sujeito e de um objeto, de uma realidade natural e de uma realidade espiritual: a unidade não para de ser contrariada e impedida no objeto, enquanto um novo tipo de unidade triunfa no sujeito” (Deleuze & Guattari, 1995, p.13).

As experiências das psicólogas, com destaque para a de Alice, não nos apresentam a transposição total das concepções e práticas multidisciplinares, muito menos do interdisciplinar em direção ao transdisciplinar. Este último estágio coaduna com a proposta da clínica ampliada, pois traria uma real articulação de campos, saberes e condutas práticas. Neste sentido,

A prática *transdisciplinar* subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos ao entrar com força crítica para desestabilizar e perturbar as divisões dos campos de saber, as especialidades e as relações de poder. [. . .] A transdisciplinaridade traz como prática, mais do que a abertura a outras disciplinas, uma invenção no limiar das fronteiras disciplinares, produzindo uma nova relação sujeito/objeto e uma zona de indagação coletiva em que a problematização é uma constante. Sem dúvida, essa posição não é tarefa fácil, pois exige um esforço para lidar com toda a complexidade presente no campo social. (Sousa & Romagnole, 2012, p.78).

Os impedimentos que se colocam diante da prática da clínica ampliada e partilhada, vilipendiando a complexidade do campo social da saúde, ainda vista como ausência de doença, atravessam as experiências das psicólogas no NASF-AB. Vivências que são transpassadas por linhas de tensão instituídas e instituintes, presentificadas na hegemonia de um modelo de atenção em saúde centralizado na figura de poder da medicina, bem como nos limites que se impõem às outras áreas como a Psicologia, impedindo um *modus operandi* que possa se constituir como transdisciplinar.

[. . .] Dificuldades tem, às vezes, eu não acredito muito pelo NASF, porque o NASF já tem essa visão maior de que ele (o paciente)⁶⁹, precisa ser visto por todo mundo, de que ele não é só aquela doença que está se apresentando, mas muitas vezes a equipe, o médico não tem essa visão, ele trabalha mais na lógica do encaminhamento, o paciente vem, tá precisando, tá obeso vai pra nutricionista [. . .] a gente recebe muito aqui, tá com instabilidade emocional vai pra psicóloga!

Pesquisador: Ainda dividem as áreas no sentido de um trabalho isolado e apenas multiprofissional?

Dividem, ainda tem isso, por incrível que pareça, dez anos que a gente tem NASF eu ainda recebo encaminhamento de referência e contrarreferência da unidade, eu estando às vezes vizinha, quando ele pode chamar e a gente fazer uma consulta compartilhada, quando ele pode chamar e a gente discutir os casos e ver quais os

⁶⁹ Destaque nosso.

melhores encaminhamentos. Mas ainda tem alguns que me mandam um papelzinho assim “referência e contrarreferência”, pra que eu atenda e mande de volta ali, anotando o que foi que eu vi daquele paciente [. . .] E a gente trabalhar na prevenção também é muito difícil, era uma coisa que era o norte da estratégia era a prevenção e hoje a estratégia não consegue mais trabalhar a prevenção, muito difícil. (Emília)

A problemática da hegemonia de uma prática sanitária tradicional, que se move na direção de intervenções despolitizadas e individuais, dificulta ainda mais a construção de um trabalho interdisciplinar, quiçá transdisciplinar, submetendo as intervenções psicossociais ao jugo do atendimento ambulatorial, como expresso na fala de Emília sobre a carência de um trabalho no campo da prevenção.

Eu trabalho com o educador físico, nutricionista e fisioterapeuta que ainda tem uma visão mais reduzida. Eu tento ir desconstruindo algumas coisas, dizendo que não é bem assim. Inclusive eles fizeram também um curso de metodologias participativas que é de práticas integrativas, aí conseguiu ter uma ampliação melhor dessa visão com os grupos em si [. . .] Era uma coisa também muito verticalizada. Não é uma palestra! Então vocês fiquem bem caladinhos e aprendam e tchau! Agora é uma conversa, uma construção, algo que antes não era bem assim. E tem profissional que ainda fica batendo, sabe, querendo fazer de outro jeito. (Alice)

A experiência de Alice nos chama atenção para o papel subversivo da psicologia na tentativa de desconstruir a centralização do cuidado nas mãos do profissional de saúde, no esforço em oferecer espaço de fala ao usuário, destituído de saber pelo modelo tradicional de intervenção. Uma fissura que se abre em meio a fortes enunciados que agenciam não só profissionais, mas também os usuários e a gestão, construindo relações a partir de elementos de distorção que ofertam poder a uma biopolítica que despotencializa sujeitos e instituições.

Esse caminho, por vezes trilhado pela psicologia na saúde, funciona em analogia a um órgão pulsante, na lógica da expansão-contracção. Um movimento constante de desterritorialização-reterritorialização do NASF-AB e seus ensaios de clínica ampliada, aos moldes de um “trabalho de Sísifo”⁷⁰. Esse movimento acaba por exaurir possibilidades de intervenções com contornos implicados politicamente, enfraquecendo práticas efetivas de promoção de saúde e cidadania.

[. . .] basicamente a gente trabalha com Projeto Terapêutico Singular - PTS, saúde no território, saúde na escola, visita domiciliar, atendimento compartilhado, visitas compartilhadas né [...] faz grupos, os grupos às vezes compartilhados com a estratégia, mas sempre é o “grupo do NASF”. Ai quando o NASF não está o grupo não funciona, porque tem muito essa divisão ainda, em algumas unidades é como se a gente fosse uma equipe separada – a equipe da estratégia e a equipe do NASF. Outras já conseguem ver a equipe como uma só, a gente já trabalha essa união interdisciplinar, participa de reunião de planejamento, educação permanente [. . .] em algumas são mais difíceis, alguns locais tem essa visão que NASF é ambulatório. (Emília)

O “não lugar” ocupado pelo NASF diante das equipes da Estratégia de Saúde da Família (eESF) torna suas práticas fragmentadas e, de certo modo, imprevisíveis e caóticas. Esta fluidez presente nas micropolíticas praticadas do Núcleo atua na combinação heterogênea dos desejos, das crenças e relações de poder que constituem o paradigma dominante em saúde, com atravessamentos que delinham sujeitos e grupos; nas palavras de Deleuze e Guattari (1996, p. 72) “[. . .] antes do ser, há a política. Desse modo, a prática não vem após a instalação dos termos e de suas relações, mas participa ativamente do traçado das linhas, enfrenta os mesmos perigos e as mesmas variações do que elas.”

⁷⁰ O mito de Sísifo conta a história de um pastor que ao trair Zeus, foi condenado a viver no mundo infernal do seu irmão Hades. Seu castigo aumentou ao tentar escapar do inferno, sendo condenado a rolar diariamente uma pedra montanha acima e, ao chegar ao topo, o peso e o cansaço da fadiga a fariam rolar ladeira abaixo para, no outro dia, ele começar tudo novamente, de modo eterno (https://brasilecola.uol.com.br/filosofia/o-mito-sisifo-sua-conotacao-contemporanea.htm?aff_source=56d95533a8284936a374e3a6da3d7996).

Os atravessamentos que constituem a realidade do NASF-AB, são expressos nas narrativas das participantes, sendo compostos por rachaduras, cortes, movimentos, desejos, erupções e segmentação, de forma rizomática. Essa perspectiva é percebida, por exemplo, na emergência de posicionamentos contraditórios, ora expressos por uma falta de operacionalização de práticas interdisciplinares, ora na defesa de uma concepção dinâmica de saúde que valoriza a multiplicidade.

O agenciamento realizado pelo campo biomédico vincula os sujeitos ao nível simbólico institucional, oferecendo aos mesmos uma perspectiva com status de verdade individualizada e corporificada. Esta sujeição se manifesta, por exemplo, pela atuação do ambulatório multiprofissional, o qual serializa e compartimenta o sujeito e as áreas de saber, numa prisão sem muros que reproduz práticas engessadas. Desde modo,

[. . .] Esta ‘corporificação imaginária’ de um certo número de articulações significantes do grupo, sob pretexto de organização, de eficácia, de prestígio ou também de incapacidade, de falta de qualificação etc., faz cristalizar o conjunto da estrutura, entrava suas capacidades de remanejamento, lhe dá seu rosto e seu ‘peso’, limitando na mesma proporção suas possibilidades de diálogo com tudo que pudesse questionar suas regras do jogo, [. . .] (Guattari, 1985, p. 93).

A captura da clínica desenvolvida pelo NASF-AB, fragiliza o serviço e a continuidade de práticas que poderiam consolidar sua ampliação. A rotatividade destes profissionais, somada às constantes mudanças de gestão e diretrizes, promove um conjunto de vulnerabilidades organizacionais fomentando “[. . .] práticas moleculares que as sustentam sem necessariamente promover mudanças reais, operando com ‘jeitinho’ acomodações, sem realizar alterações substanciais” (Ferreira Neto, 2015, p. 403).

Os médicos são muito rotativos, eles entram na unidade assim que terminam o curso, ai a melhor opção é a unidade de saúde. Apareceu uma proposta melhor numa

residência eles vão embora, da mesma forma o enfermeiro. Até, às vezes, por conta do salário eles decidem ir embora, por conta dos atrasos. Então a gente tem que está sempre reconstruindo o que é o NASF, qual o papel do NASF aqui na UNIDADE? [...] é um trabalho de formiguinha, assim né Adriano, às vezes a gente tá indo, indo, indo, e tem um retrocesso né [...] aí precisa recomeçar de novo. (Emília)

O “trabalho de Sísifo” apontado na experiência de Emília, parece ser uma constante e exaustiva realidade, potencializada pelas complexas relações tanto no campo micropolítico, com a centralização do biopoder nas mãos do médico (“gestor nato” do sistema de saúde), como no campo macropolítico, no exemplo do descaso com a remuneração dos profissionais por parte dos poderes instituídos.

Este entrecruzar de linhas reitera e reforça o lugar do NASF-AB em uma zona de existência “fantasmagórica”, um espaço onde o poder apresenta-se “[. . .] como uma experiência difusa, rizomática, dispersa em fatores diversos, dependentes de arranjos plurais” (Simonini & Romagnoli, 2018, p. 917). Tais arranjos não deixam de fora a clínica ampliada, enquanto proposta interventiva norteadora do NASF, fazendo-a habitar, muitas vezes, no campo de uma teoria esvaziada de práticas:

A clínica ampliada acontece, eu creio, que muito pouco. Primeiro eu teria que ter a articulação de todos os profissionais, fechando no interprofissional mesmo, não no multi, porquê na UBS tem multi, mas o inter mesmo, de estar todos no mesmo propósito que é o cuidado, não! (Alice).

O acontecer “muito pouco” da clínica ampliada e partilhada na experiência de Alice, emerge enquanto lugar comum, no qual se corporificam intervenções multiprofissionais isoladas e com pouco potencial inventivo. Essa concepção de clínica deveria orientar e estimular o trabalho de matriciamento realizado nos territórios, por exemplo, estratégia

fundamental na construção da Atenção Básica nos moldes da integralidade constituída com base territorial que,

[. . .] baseia-se nos princípios da regionalização e da hierarquização, definindo uma base territorial formada por agregações progressivas, tais como a base de atuação dos agentes comunitários de saúde – as microáreas, a das equipes de saúde da família – as áreas, e, por fim, a área de abrangência das unidades básicas de saúde”. (Mendes apud Santos & Rogotto, 2011).

Essa concepção instituída de território pode se apresentar, por vezes, enquanto ferramenta de exclusão principalmente por não flexibilizar as áreas de abrangência definidas pela gestão municipal o que se contrapõe ao princípio da universalização do SUS, deixando alguns usuários sem atendimento. Por outro lado, nos campos meso e micro da atenção, é possível identificar desvios que flexibilizam as amarras do sistema, buscando atender a complexidade da demanda local.

[. . .] Quando a gente fala que o SUS é universal, muitas vezes não é tão universal né. Na organização do serviço eu só posso atender aqui alguém que mora dentro deste território e tem cartão do SUS cadastrado em Campina Grande, aí muitas vezes chega uma pessoa que mora aqui e a unidade atende até essa rua, a pessoa mora do outro lado da rua e não é cadastrado aqui, não pode ser atendida. Isso eles entendem? Tem dois médicos, um médico não tá, a equipe I tá sem médico, se chegar alguém da equipe II pra ser atendido pela equipe I não é atendido, nem a equipe I atende a equipe II. Não pode! Então isso é difícil né, apesar de saber que é a organização do serviço, eu tento não ser tão radical. [. . .] e o cartão do SUS que seria universal? Se você tiver o cartão de Massaranduba você não é atendido em Campina Grande. A gente entende, eu entendo assim, se eu atender aqui a verba vai pra lá porque o cartão dele é de lá, mas humanamente eu não posso dizer: ‘não, eu não vou atender!’ O paciente vai entender que a verba dele vai pra lá? Então essas coisas às vezes atrapalham um pouco, mas com um pouco de humanização a gente consegue driblar do jeito que dá. (Emília)

A concepção de território trazida por Emília é apresentada a partir da fragilidade de sua operacionalização, ressaltando as contradições de sua demarcação enquanto mapa constituído para “organizar” os serviços de saúde (SUS/NASF) e como espaço de complexidade extra individual e comunitário. Este território “desterritorializado”, portanto, encontra-se entrecortado por relações de poder horizontais e verticais, revelando-se acima de tudo enquanto local de reconhecimento da população e de sua dinâmica social (Pereira & Barcellos, 2006).

Para além do seu aspecto demarcatório instituído na política pública, ressalta-se a noção de território marcada pela dinâmica social, a exemplo da violência emergente no cotidiano das comunidades enquanto uma força molecular que pressiona o trabalho das equipes de Saúde. A importância das articulações meso e micropolíticas no território são, portanto, fundamentais para se fazer a máquina da biopotência mover-se, fazendo resistência às necropolíticas, oportunizando e nutrindo o criativo que daí pode emergir.

Quando essas articulações não acontecem, provocam um abismo existencial entre o território e as equipes. Situação que pode resultar na inabilidade das intervenções psicossociais, tornando os profissionais reféns de potentes enunciados, como a violência e a exclusão social.

[. . .] essa unidade tá bem parada né [. . .] a gente tá com o médico afastado por conta de salário; médico afastado por saúde por conta do território [. . .] um médico aqui, dessa unidade, sofreu um assalto, essa unidade foi assaltada em janeiro, invadida, colocaram um revólver na cabeça dos funcionários [. . .]. O médico foi o maior alvo dos assaltantes, levaram o carro dele e tudo que tinha dentro. Passou dois meses, ele recuperou o carro e dois meses depois o carro foi roubado novamente [. . .]. A outra médica, que é a médica da outra equipe, por questões salariais está com dois meses atrasado de salário, não tem data pra receber [. . .]. aqui essa unidade especificamente tinha um trabalho de finais de semana, como a gente está perto do Complexo (esportivo) era desenvolvido um trabalho nas “peladas”, [. . .] mas hoje ninguém tem mais estímulo pra isso. Uma consulta à noite às vezes precisava, o médico se dispunha

a vir, a atender à noite, ele hoje mal atende durante o dia né, então isso às vezes atrapalha. (Emília)

A dimensão molar da política pública na proposta de atuação do Núcleo a partir dos territórios, estranhamente descritos por outros participantes da pesquisa como ambientes sem conflito, é entrecortada pelos antagonismos sociais que lhe são inerentes, constituindo-se em práticas “im/praticáveis”. Na experiência de Emília ressalta-se o desejo de construir intervenções que promovam saúde de modo politicamente engajado, porém deixa a entender que a equipe não conseguiu fazer as devidas alianças comunitárias e territoriais, fazendo a intervenção tão necessária perecer.

Nesse universo do improvável, práticas psicológicas mais tradicionais vão sendo aos poucos perpassadas por saberes terapêuticos diversos, a exemplo das Práticas Integrativas e Complementares. Na experiência do Núcleo em Campina Grande, esses “novos” saberes adentram sob influência da academia, reafirmando que a multiplicidade no campo da saúde precisa ser considerada, ampliando o atendimento ambulatorial e abrindo espaço para problematizá-lo. Mesmo entendendo que tais intervenções fora do modelo biomédico encontram resistência por parte dos usuários do serviço de saúde, agenciados pelo saber-poder ancorado no tratamento farmacológico e no discurso nosográfico.

[. . .] Depois desse curso de metodologias que a universidade ofereceu no NASF também despertou a questão das práticas integrativas. Eu fiz um curso de Auriculoterapia⁷¹ pela Universidade de Santa Catarina que é à distância com um presencial no final e, hoje, eu trabalho muito com Auriculoterapia, tem sido muito gratificante, por eu ter visto uma resposta muito boa dos usuários né! Porque? A gente

⁷¹ Auriculoterapia é uma técnica da Medicina Tradicional Chinesa que trata disfunções físicas, emocionais e mentais por meio de estímulos em pontos específicos da orelha, local onde há terminações nervosas correspondentes a determinados órgãos do corpo, sendo uma Prática Integrativa e Complementar regulamentada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pela Portaria N° 971, DE 3 de maio de 2015. (<https://aps.saude.gov.br/noticia/2404>).

faz uma escuta, mas, a gente não tem como referenciar⁷² a maioria dos nossos pacientes, a gente sabe que eles precisam [. . .] a Psicologia é muito precária em Campina Grande, e aí termina no médico medicando com ansiolítico, com antidepressivo, porque ele fica solto na rede [. . .]. A cada dia eu estou vendo que vem funcionando melhor, que eles estão acreditando, porque no início é pouco pra eles [. . .] uma coisa que eles dizem: “isso não existe!”, “como é que uma sementinha, uma massagem faz o efeito que um remédio faz?”... E nesse tempo que eu venho utilizando, acho que só dois pacientes que não retornaram, mas o restante tem retornado sim, e tem se expandido muito pra equipe, que é uma das funções do NASF também trabalhar a equipe [. . .] (Emília).

A experiência de Emília evidencia uma conjugação de fluxos que permitem construir práticas psicológicas que dão valência a diferentes saberes, furtando-se ao embasamento hierárquico conservador no trato com a saúde-doença, influenciado pela dicotomia cartesiana mente/corpo. Neste processo, a importância do diálogo aberto com a universidade e a inclusão dessas práticas compõem linhas flexíveis diante do paradigma biomédico, ampliando tanto as formas de intervir em saúde, como também interferindo nas ações que evidenciam a necessidade de:

[...] uma política pública mais radicalmente democrática, *bottom up*, não apenas representativa, mas que franqueie participação inclusive durante sua formulação, que inquiria quais são as “crenças e desejos” que animam a população brasileira [. . .] e (re)formule constantemente seus julgamentos a partir dos processos micropolíticos (Ferreira Neto, 2015, p. 404).

Este movimento molecular, que ainda não é uma realidade em todos os NASF's cartografados, aponta para estratégias de resistência que emergem no seio das práticas psicossociais, abrindo espaço para uma clínica da intervenção que “[. . .] ao lado da

⁷² Referenciar os pacientes significa encaminhá-los aos serviços públicos de atendimento em saúde mental, como policlínicas, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) ou postos de saúde.

possibilidade de auxiliar os pacientes no estabelecimento de funções psíquicas e em seu trânsito em meio à realidade compartilhada, o profissional lhe oferta um lugar ético constitutivo” (Safra, 2006. p.15). Assim, dentre as experiências analisadas, apenas no caso de Emília é possível encontrar resquícios de uma clínica ampliada que se propõe lidar com a multiplicidade, uma fresta que se abriu no seio de um projeto enfraquecido por uma biopolítica perversa.

4.4 NASF-AB: UMA CLÍNICA (QUASE) RIZOMÁTICA EM DECOMPOSIÇÃO

O percurso que fizemos até aqui promoveu em nós desterritorializações e complexos afetamentos, pois a busca por uma clínica ampliada nas práticas psicossociais no âmbito do NASF-AB foi se constituindo enquanto frustrante utopia⁷³. Principalmente por desejar encontrar profissionais da psicologia motivados, desempenhando seu papel de promotores da cidadania e da social democracia, por imaginar descobrir uma psicologia provocadora do caos e da mudança, construindo uma realidade compartilhada por meio de espaços potencializadores.

Acreditamos ser a proposta do NASF-AB e sua clínica ampliada um modelo que se apresenta como rizomático⁷⁴: que se mobiliza a favor da vida, da política e da resistência; numa perspectiva territorial atenta à multiplicidade; voltando-se a complexidade que compõe os indivíduos, e compreendendo sua subjetividade como fabricada nas tramas sociais. Porém, não foi essa clínica que encontramos, nos deparamos com profissionais apáticos, desmotivados,

⁷³ Termo aqui utilizado para expressar a ideia de uma desconstrução do agora, enquanto movimento das virtualidades na busca por *um devir*. A utopia, na concepção de Souza (2011), se constitui enquanto “interdição do presente”, o desenvolvimento potencial de uma crítica às estruturas ideológicas dominantes, como a virtude de um nadar contra a corrente.

⁷⁴ Sousa e Romagnoli (2012).

estressados e/ou oprimidos pelo desvio de suas funções. Uma psicologia desterritorializada, perdida em meio a práticas psicossociais difusas.

Nesse contexto, entretanto, encontramos apenas na experiência de uma psicóloga uma fresta de potência criativa, um *clinâmem*⁷⁵, viés que nos permite pensar a clínica sob a perspectiva de um fenômeno em movimento, em oposição à concepção de *klino-kliné*, “[. . .] par sîgnico portador de fixidez/repouso/passividade, o *clinâmen* nos conduz a uma ideia de movimento, ainda que se trate de um movimento todo especial” (Roos; Maraschin & Costa, 2015, p. 43).

Então essas coisas às vezes atrapalham um pouco, mas com um pouco de humanização a gente consegue driblar do jeito que dá, no mais é tudo muito tranquilo, se a gente tem dificuldade de trabalhar em grupo, grupo NASF, da gente planejar uma atividade junto. As fisioterapeutas só tem 20 horas, então às vezes eu planejo e não é meu dia de trabalho, tem que ter essa flexibilidade [. . .] hoje a gente está sem uma assistência social na equipe NASF e assistente social é essencial principalmente nesse território. [. . .] então às vezes a gente tem que fazer um pouquinho do serviço do outro, porque se não o paciente fica emperrado e não consegue muita coisa. A gente visitou, por exemplo, tem um rapazinho que sofreu um tiro e tá acamado, ficou paraplégico e aí ele precisa de cadeira de rodas, de um colchão adaptado, precisa de um benefício social, precisa da fisioterapia, da psicologia, da nutrição, precisa disso tudo [. . .]. A gente tem fisioterapeuta, mas fisioterapeuta NASF não faz fisioterapia domiciliar, nem faz fisioterapia na unidade, ele dá as orientações e encaminha para o serviço de referência. E aí não tem carro pra transportar o paciente para o serviço de referência, que fica lá do outro lado da cidade, então estas dificuldades permeiam nossos serviços sempre. A nutricionista vai lá, o paciente ficou paraplégico e vai ter uma perda grande muscular rapidamente, precisa de uma alimentação pra que a perda muscular não seja tão grande, como ele vai se alimentar se ele não tem nem o que comer? Tá comendo Myojo© e tomando Tanguê© que é a única coisa que tinha na casa. E aí a gente precisa de um sistema maior que possa nos dar esse apoio e a gente não tem [. . .] é um

⁷⁵ Conceito epicurista/lucreciano voltado a clínica do desvio (Roos, Maraschin & Costa, 2015).

tratamento demorado que muitas vezes se perde no meio do caminho por estas questões.

[. . .] Mas a gente tá caminhando, nestes 10 anos a gente conseguiu dizer: pelo menos virar como se fosse um bebê, conseguir levantar as mãozinhas assim, e virar a cabeça né, ainda tá engatinhando, mas acho que conseguiu avançar em algumas coisas. (Emília)

Emília nos apresenta em sua experiência a proposta da integralidade do atendimento em saúde, que envolve o interdisciplinar e a importância do trabalho em rede, indo além do que preconiza uma atuação tradicional da psicologia clínica, ainda reproduzida fortemente nos bancos universitários. Sua intervenção nos mostra uma linha de segmentaridade flexível, abrindo espaço de atuação criativa, apesar de algumas limitações advindas do modelo biomédico/ambulatorial.

Uma clínica que pode ser vista como dispositivo clinâmico, a qual atua no “entre”, incluindo a concepção de desvio, conflito e criação conjunta, opondo-se a ideia de *clino/kliné* enquanto ato de debruçar-se sobre o leito de modo individualizado/passivo, voltado à doença e não ao sujeito (Roos; Maraschin & Costa, 2015).

Esse movimento clinâmico apresenta-se como base na possibilidade de uma clínica ética (que abriga a complexidade do coletivo), estética (nutrida de biopotência) e política (promotora de justiça social); perspectiva que deveria embasar a atuação do NASF-AB como instrumento de promoção da integralidade em saúde. Porém, cabe ressaltar que a sobrevivência dessas práticas, apesar das pressões de um contexto que vai de encontro as suas disposições, representa um movimento potencial de resistência que atua como opositor de forças em um cabo de guerra micropolítico.

A questão que nos parece primordial na clínica que vai sendo engendrada e que buscamos colocar em evidência seria o deslocamento de posições identitárias para uma posição inventiva, não polarizada, não estratificada, de modo a pensar, a partir de um

jogo de alternâncias, os relevos desse mapa produzido no encontro potencialmente desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, insuflado, sobretudo, a partir do que se desvia, de suas linhas de fuga, superfície de registro e operador clínico. (Roos; Maraschin & Costa, 2015, p. 41).

Este desvio potente, apresentado na experiência de Emília, parece propor uma resistência aos agenciamentos biomédicos na docilização dos corpos. Essa perspectiva interventiva sinaliza um diálogo com a clínica rizomática, na medida em que:

[. . .] Não é possível permanecer com o modelo de clínica tradicional, focado apenas na problemática que se centre nas questões individuais e em leituras somente a partir da interioridade, desconsiderando os aspectos políticos, éticos, econômicos, semióticos, entre outros (Sousa & Romagnoli, 2012, p.83).

A frustração de Emília revela como paisagem a perversidade do sistema público de saúde no Brasil, influenciado pelo viés do quantitativo sem considerar as vulnerabilidades da população. Fato presente no relato da participante sobre o caso do rapaz baleado, no qual fica claro que não basta a “simples” existência de um serviço de saúde público e gratuito para se garantir o acesso da população, sendo preciso problematizar a execução dos princípios⁷⁶ de universalidade, equidade e integralidade, bem como a necropolítica que se instaurou nos últimos anos no Brasil.

⁷⁶ Princípios do Sistema Único de Saúde: **Universalização**: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; **Equidade**: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; **Integralidade**: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>).

Em João Pessoa, como já dito antes, a maioria dos profissionais do NASF-AB foram relocados para a função de gestão das Unidades Básicas de Saúde. Este desvio, nada criativo, esvaziou o Núcleo deixando espaço apenas para as intervenções ambulatoriais, o que reforçou seu sucateamento. Essa conduta escancara também a desvalorização dos profissionais que compõem a equipe, constituindo-se a partir de um enunciado utilitarista que classifica o papel de “gestor” como uma categoria superior, em detrimento dos profissionais em suas áreas específicas.

Enunciados que se sobressaem na experiência de Capitú, quando do questionamento sobre o acúmulo de responsabilidades, não inerentes à função de psicóloga:

[. . .] sim, só que um acúmulo, que de repente foi feito assim de uma forma ‘ligh’, que a gente não tem problema e foi se acostumando e se adaptando né! O ser humano ele é bem adaptável, pra mim hoje eu não sinto muito peso, porém, como estou lhe dizendo, estou numa unidade privilegiada. Equipe muito boa e eles cooperam muito. (Capitú)

A falta de um olhar crítico sobre o desvio de função presente no NASF-AB em João Pessoa, ressalta-se na experiência de Capitú, reforçada por uma visão limitada sobre o papel do Núcleo ao resumi-lo apenas as visitas domiciliares, quando solicitadas. Nesta experiência, fica evidente a despolitização das práticas psicológicas realizadas por esta profissional no Núcleo, normalizando, ainda, a função de gestão amplamente defendida como proposta que agregou importância ao papel “apenas de apoio” desempenhado pelo Núcleo.

[. . .] Então quando veio propriamente o NASF, a Portaria, pra mim não teve muita novidade, entendeu? Porque eu já estava inserida [. . .] aqui é mais dinâmico, eu diria que NASF, o PSF é bem mais dinâmico, a gente faz várias coisas e, principalmente aqui em João Pessoa, a gente ocupa também essa questão administrativa [...] cada um fica na sua Unidade como gerente, certo? E ao mesmo tempo atuando como NASF.

[. . .] *É o mesmo trabalho que faço aqui de prevenção, promoção e se precisar visitar algum acamado, nesses territórios, na minha área, é da minha parte (Capitú).*

O que ressalta nessa experiência é a falta de afetação sobre o desvio funcional da psicologia para o campo da gestão, lugar apresentado pela participante como justificável e pertinente. O papel de apoio que o núcleo deveria assumir junto aos profissionais da Atenção Básica é vilipendiado na experiência de Capitú, não o destacando como suporte dentro do contexto maior da Estratégia de Saúde da Família – ESF, no que se refere à integralidade do atendimento em saúde.

A atuação dos profissionais do NASF-AB enquanto administradores de UBS's, enfraquece ainda mais esta política, sucateada durante as últimas gestões federais. Nessas experiências a possibilidade de uma clínica ampliada é subvertida por enunciados utilitaristas, relegando a Psicologia à posição de gestão que não oferece espaço potencial ao seu *savoir-faire*. Desse modo, os agenciamentos sofridos pelo Núcleo em João Pessoa tencionam, deslocam e operam virtualizações que potencializam seu desmonte e enfraquecimento.

Em Campina Grande, por outro lado, encontramos resquícios de uma clínica rizomática, compondo linhas flexíveis que dão passagem às práticas instituintes e micropolíticas, brechas que oportunizam desvios pelos quais emergem intervenções com potencial criativo. Entretanto, longe de resultarem em linhas de fuga - aquelas que romperiam com agenciamentos limitantes, estas experiências ainda não atingiram o *status* de interdisciplinar, sendo fortemente pressionadas pelo modelo dominante de atenção à saúde. Apesar disso ainda encontram espaço criativo para expressão de uma biopotência, promovendo resistência e enfrentamento diante dos agenciamentos do instituído.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de concluir um trabalho de tese em um contexto pandêmico exigiu mais do que o esforço habitual inerente a um trabalho de doutorado, principalmente quando se trata de um tema que dialoga com o campo problemático da saúde pública no Brasil, vilipendiado nos últimos anos por uma necropolítica que mostra claramente seu projeto no terreno minado do combate a Covid-19: o extermínio dos mais vulneráveis.

Outro ponto importante nesse contexto, é que nosso *locus* de pesquisa – o NASF-AB – tem sofrido forte impacto dessa biopolítica reacionária, quando da retirada dos financiamentos que o subsidiaram até 2019, deixando sua existência ameaçada. Tal processo atinge em cheio a integralidade do atendimento em saúde no que se refere ao apoio às equipes da Estratégia de Saúde Família no âmbito da Atenção Básica; enfraquecimento das intervenções de caráter interdisciplinar à população mais vulnerável; embotamento da clínica ampliada e partilhada, sobrecarregando o atendimento ambulatorial/biomédico; enfraquecimento do processo de matriciamento, que permite conhecer as realidades do território e a extinção, em médio prazo, de um importante posto de trabalho para a psicologia e outras áreas.

Mas cartografar é isso, é acompanhar processos identificando rachaduras em experiências que pareciam cristalizadas, a exemplo do NASF-AB. Com 13 anos de atuação, o Núcleo parece representar a conhecida falta de articulação entre a *política de estado* – representada pela lei que cria avançadas políticas públicas com missões e princípios fundamentais para a execução da Constituição, como o SUS; com a *política de governo* – que corresponde a execução das políticas estatais no âmbito da administração pública junto à população, considerando: a gestão das verbas, os modelos administrativos aplicados e a condução ética do processo. Essa perspectiva nos instiga ao questionamento sobre o porquê da discrepância entre o avanço da legislação, por um lado, e a estagnação das práticas, por outro.

Nesse caminho encontramos as psicólogas do NASF-AB, e com elas o movimento através do qual os processos subjetivos pedem passagem e clamam por espaço de fala. As experiências expressas também no não dito e no “não fazer” psicologia, remetendo ao desvio de função identificado em um dos municípios mapeados, nos revelou uma clínica fragilizada pelo desmonte, inapta diante da proposta de ampliar a integralidade apesar das tentativas em sustenta-la e de resistir a tal processo. Eis o “trabalho de Sísifo”, o esforço para a mudança que retrocedo ao ponto inicial por efeito de forças antagônicas. Analogia que retrata como a *política de governo* (União, estado e município) não tem dado respaldo à proposta do Núcleo e de sua Clínica Ampliada, na medida em que promovem desde sempre o seu desvio, distorção e enfraquecimento.

Nessa paisagem psicossocial tão adversa, encontramos uma “clínica ampliada” desterritorializada, manifesta apenas em enunciados como: pouco-saber-sobre; saber-e-não-praticar; entender-quase-nada; saber-da-importância; praticar-mas-não-entender-que-o-faz, etc. De modo geral, esse modelo é apresentado, na perspectiva das participantes, tanto como um projeto apenas teórico, mas que encontra muitos obstáculos (políticas de governo) para sua execução; como um conjunto de intervenções com grande potencial, mas que é operacionalizado “parcialmente” pela maioria dos profissionais do Núcleo, seja por falta de vontade, conhecimento ou oportunidade.

O caminho percorrido em nossa cartografia, ocorreu em um “campo minado” onde se fez presente as tensões entre o paradigma biomédico e a abordagem psicossocial da Clínica Ampliada “desenvolvida” no NASF-AB. Por outro lado, mapeamos também algumas experiências potentes e criativas que se aproximaram da proposta de uma clínica política, e, porque não dizer, esquizoanalítica: uma clínica da produção do sujeito, da afetação, do desvio potente e da multiplicidade. Esse modelo de intervenção, ainda que distante de uma perspectiva interdisciplinar, promove enfrentamentos amparados em uma estética da biopotência, em uma

ética da responsabilização do amparo à vida e em uma política, enquanto luta por justiça e inclusão social.

Evidenciar as linhas que transversalizam a Clínica Ampliada e o NASF-AB, juntamente com os mecanismos que movem as intervenções psicossociais em saúde, nos serve de pista para refletir sobre as contribuições que essa tese se propõe, são elas:

- I. Dar visibilidade ao *lugar da psicologia no campo da saúde*, com destaque às experiências das psicólogas que colaboraram conosco e que puderam dar passagem às suas angústias, frustrações, cansaços e esperanças, mostrando as diversas faces da intervenção psicossocial. O que inclui os obstáculos a essa situação que evidenciou a importância do papel social que pode ser desempenhado pela profissão, principalmente na problematização dos modelos científicos (e políticos) que reproduzem a exclusão da população vulnerável;
- II. Oferecer destaque ao universo de potencialidades que a Clínica Ampliada ainda pode prover à sociedade, a exemplo do movimento de politização do campo da saúde por meio da perspectiva da integralidade e do trabalho territorial e em rede, evidenciando os agenciamentos da subjetividade e do sofrimento;
- III. Vislumbrar as limitações da atuação multiprofissional em saúde, ainda influenciada pelo viés patologizante e individualista, sem questionar os atravessamentos sociais, políticos, culturais e econômicos que constituem os processos subjetivos.

A falência total desse modelo ainda não é uma realidade, mas a sua fragilização e marginalização sim, infringida pelo sucateamento realizado por forças políticas e ideológicas contrárias a uma concepção de saúde que considera a multiplicidade, que busque uma compreensão do sofrimento para além da individualidade abstrata e de enquadres meramente nosográficos. A defesa de uma Clínica Ampliada, psicossocial e política, não avessa ao

paradigma biomédico, mas problematizadora do mesmo, nos remete a sua tendência rizomática no que se refere a conexão com a heterogeneidade na ruptura com núcleos paradigmáticos rígidos; a inclinação à multiplicidade e a quebra da relação com o uno; e, por fim, a disposição em não produzir decalques, mas construir mapas móveis (monta, desmonta, se reverte, modifica) a partir de uma cartografia que permite à experimentação do real.

Nosso percurso, por fim, aponta a necessidade de pesquisas que possam potencializar e problematizar ainda mais o papel da Clínica Ampliada enquanto proposta de intervenção política emancipatória, fundamental para se fazer frente a enunciados necropolíticos de “*quem vai viver e quem se deixa morrer*”, tendo como alvo os mais vulneráveis na tentativa de silenciá-los. Esperamos, também, aguçar inquietações sobre os limites e projeções de uma clínica pós-pandêmica, no que se refere aos atravessamentos na construção da integralidade do atendimento em saúde, ao considerar o crescente abismo da exclusão (inclusive digital) e as possibilidade de enfrentamento das desigualdades sociais em um país que tem sua jovem democracia diariamente ameaçada.

REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (1993) *A comunidade que vem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Aguiar, L. M. (2010). As potencialidades do pensamento geográfico: a cartografia de Deleuze e Guattari como método de pesquisa processual. *Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*. Caxias do Sul, RS, 2 a 6 de setembro. São Paulo: Intercom. ISSN: 2175-4683.
- Almeida Filho, N. (2006) A saúde e o paradigma da complexidade. *Cadernos IHU*. 15(4), 04-47.
- Alves, E. S., & Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicol. cienc. prof.* 29(4),768-779.
- Amorim, I. S. (2015). *Análise do domínio sob a luz do conceito de agenciamento em Gilles Deleuze*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Informação. Centro de Ciências da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.
- Araújo Neto, J. D. et al. (2018). Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4), 1-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280417>
- Barros, J. A. C. (2002) *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?* Revista Saúde e Sociedade. 11 (1), pp. 67-94.
- Barros, L. M. R. & Barros, M. E. B. (2014). O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Factral, Rev. Psicologia*. 25(2), 376-390.
- Barros, L. M. R., & Barros, M. E. O. (2016). O problema da análise em pesquisa cartográfica. In Passos, E. Kastrup, V.; Tedesco, S. (Org.) *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre, RS: Sulina.

- Barros, M. E. B., & Silva, F. H. (2016). Pista da Atividade – O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. In Passos, E. Kastrup, V.; Tedesco, S. (Org.) *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre, RS: Sulina.
- Bento, L. M. et al. (2015). Humanização e processo de trabalho em Reabilitação. *Revista Baiana de Enfermagem*. 1(29). 68-75.
- Bezerra, D. S. &, Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 12(2), 342-355.
- Bezerra, D. S. (2009) A articulação *Moebiana* entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 55-74.
- Bourdieu, P. (2003). O campo científico. In Ortiz, R. (Org.) *A sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Olho d'Água.
- Braga, T. B. M. (2010). *Supervisão de supervisão: grande angular fenomenológica na cartografia de práticas clínicas em contextos institucionais e comunitários*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Brasil, (2003). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. Ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). *Portaria Nº 154 de 24 de janeiro – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009). *Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2010). *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da *Política Nacional de Humanização*. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4a ed. 4a reimp. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2015). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. 2. Ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017). *Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília Ministério da Saúde.

Brasil, (2018). Encontro Estadual para fortalecimento da Atenção Básica – Pernambuco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 01 de novembro de 2020 de www.saude.gov.br/dab

Brasil. (2019). *Portaria Nº 2.979, de 12 De Novembro – Programa Previne Brasil*. Gabinete do Ministro. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2020). *Princípios do SUS*. Ministério da Saúde. Acesso em 17 de junho de 2020 de <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

Brasil (2020). *Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Brasília DF: Ministério da Saúde.

- Breuer, J., & Freud, S. (1895/1990). Estudos sobre a histeria. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 2. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Campos, G. W. S. (1999). Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 15(1), 187-193.
- Campos, L. F.; & Melo, M. R. A. C. (2011). A assistência em Enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 32(1), 198-193.
- Campos, M. S. et al. (2016). A clínica ampliada na atenção básica: contribuições do NASF na constituição de linhas de cuidado. *Boletim da Saúde*. 2(25), 77-86.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. 6.ed. ver. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Centro Cultural do Ministério da Saúde. (16 dez., 2020). *Conferências Nacionais de Saúde: Contribuições para a construção do SUS*. Acesso em 16 de dezembro de 2020 de <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/timeline.php>
- Chiaverini, D. H. et al. (Orgs.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Coelho, S. C. T. (2000). *Terceiro Setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos*. São Paulo: SENAC.
- Costa, L. F., & Brandão, S. N. (2005). A abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade*. 17(2), 33-41.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil platôs – Capitalismo e esquizofrenia*. (1. Ed., Vol. 1, A. Guerra Neto & C. Pinto Costa). São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1996). *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*. (Vol. 3, A. Guerra Neto et al Trad.). São Paulo: Ed. 34.

- Deleuze, G. &, Guattari, F. (2010). *O Anti-Édipo – Capitalismo e esquizofrenia*. (Luiz B. R. Orlandi Trad.). São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G. (1996). *O mistério de Ariana*. Lisboa: Veja-Passagens.
- Dettmann, A. P. S.; et al. (2016). Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(3), 362-369.
- Diógenes, J.; &, Pontes, R. J. S. (2016). A Atuação do Psicólogo na Estratégia Saúde da Família: Articulações Teóricas e Práticas do Olhar Gestáltico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 158-170.
- Faria, N. J. (2012). O ensino da Gestalt-terapia em cursos de graduação em psicologia. *Rev. Brasileira de Psicoterapia*, 14(2), 41-51.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizada da clínica em saúde mental. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 21(1), p. 110-118.
- Ferreira Neto, J. L., & Kind, L. (2011). *Promoção de Saúde – práticas grupais na estratégia de Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte, MG: Fapemig.
- Ferreira Neto, J. L. (2015). Micropolítica em Mil Platôs: uma leitura. *Psicologia USP*. 23(3), 397-406.
- Fortes, L. (2011). Clínica da Saúde e Biopolítica. In: Albuquerque Júnior, D. M.; Veiga Neto, A.; Souza Filho, A. (Org.) *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Trad. Lilian R. Shalderes. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Universitário.
- Foucault, M. (1979). O nascimento da Medicina Social. *Microfísica do poder*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999) *Microfísica do poder*. 14a ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, RJ: Graal.

- Foucault, M. (2008). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2000). *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.
- Francisco, A. L. (2012). *Psicologia Clínica: prática em construção e desafios para a formação*. Belo Horizonte: CRV.
- Francisco, A. L. (2016). Abordagem Psicossocial como possibilidade de ação clínica em instituições. In Barreto, C. L. B. (Coord.); Francisco, A. L., & Walcroff, Simone, D. B. (Orgs). *Prática Psicológica em Instituições: diversas perspectivas*. Curitiba: CRV.
- Francisco, A. L. (2017). *Instituições e Dispositivos Institucionais*. Curitiba: Appris.
- Gallassi, C. V. et al. (2014). Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sciences*. 39(3), 177-185.
- Genaro Junior, F. (2013). *Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica no SUS*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Gerhardt Neto, M. R.; Medina, T. S., & Hirdes, A. (2014). Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. *Aletheia*, 1(45), 139-155.
- Gomes, M. M.; Ferreri, M., & Lemos, F. (2018). Cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. *Fractal: Revista de Psicologia*. 30(2), 189-195. Doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5540>
- Gonçalves, R. M. A et al. (2015). Estudo do Trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 40 (131): pp. 59-74.
- González Rey, F. L. (2009). *O social na Psicologia e Psicologia Social: a emergência do sujeito*. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Guattari, F. (1985). *A Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.
- Guattari, F. (2004). *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2009). *Micropolítica – Cartografias do Desejo*. 4. Ed. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Hainz, C. G., & Costa-Rosa, A. (2009). A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por forclusão. *Psicol. estud.* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp.405-412.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Hur, D. U. (2013). Esquizoanálise e política: proposições para a Psicologia Crítica no Brasil. *Teoría y crítica de la psicología* 3(1), 264-280.
- Ignácio, J. (2020, 30 Julho). Necropolítica: o que esse termo significa? *Politize*. <https://www.politize.com.br/necropolitica-o-que-e/>
- Iwai, M. M.; & Rosa, E. Z. (2014). *Psicologia e políticas públicas: Um território em vulnerabilidade social e desafios da Atenção Básica e Saúde Mental*. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Psicologia. Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- Kastrup, V. (2015). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In Passo, E.; Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). *Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Vol. 1, Porto Alegre: Sulina.
- Kastrup, V., & Passos, E. (2016). Pista do Comum – Cartografar é traçar um plano comum. In Passos, E. Kastrup, V.; Tedesco, S. (Org.) *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Vol. 2. Porto Alegre, RS: Sulina.

- Kroeff, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020) Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo- Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2(1). Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/52579/34210>
- Leopoldo, R. (2017). Análise d'O anti-Édipo: Críticas de Deleuze e Guattari a Sigmund Freud. *Psicologia Política*. 17(39), 293-303.
- Lins, C. E., Oliveira, V. M., & Coutinho, M. F. (2009). Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*. 14(1), 195-204.
- Machado, L.D.; & Lavrador, M.C.C. (2009). Por uma clínica da expansão da vida. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 13 (1), 515-21.
- Machado, D. O., Vasconcelos, M. F. F., & Melo, A. R. (2012). O corpo como fio condutor para ampliação da clínica. *Polise Psique*. 1(2), 147-170.
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 14(8)0, 21-32.
- Mendes, I. A. C. (2004.) Movimento e Saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 12(3), 447-8.
- Mitsue, F. H. et al (2012). Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. *Rev. bras. educ. med.* 1(36), 179-183.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Ed. Du Seuil.
- Mota, B. (2020) O fim do modelo multiprofissional na saúde da família? Acesso em dezembro de 2020 de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>
- Mota, S. T., & Goto, T. A. (2009). Plantão Psicológico no CRAS em Poços de Caldas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(3), 521-530.

- Murta, C. & Falabretti, E. (2015). O autômato: entre o corpo máquina e o corpo próprio. *Natureza Humana Rev. Internacional de Filosofia e Psicanálise*. 17(2), 75-92.
- Murta, S. G.; & Marinho, T. P. C. (2009). A clínica ampliada e as políticas de assistência social: uma experiência com adolescentes no programa de atenção integral à família. *REPSIPP - Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 58-72.
- Nascimento, M. L.; & Lemos, F. C. S. (2020). A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do Diário de Campo. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*. 1(57), p. 239-253.
- Nogueira, M. I. (2009). As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33(2), 262-270.
- Oliveira, B. N. et al. (2014). Saúde do homem na atenção primária à saúde: reflexões acerca da multiplicidade de olhares na avaliação corporal. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 38(3), 751-759.
- Oliveira, O. V. M (2010). *Humaniza SUS: o que é e como implementar*. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Passos, E. (2016). As afinidades eletivas entre a Psicologia e o pensamento de Gilles Deleuze e Félix Guatarri. In Drawin, C. B.; Ferreira Neto, J. L. & Moreira, J. O. (Orgs.) *A filosofia na psicologia: diálogo com Foucault, Deleuze, Adorno e Heidegger*. Coleção Humanística. São Paulo: Loyola.
- Passos, E.; & Barros, R. B. (2015) Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, & L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E.; Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). (2015). *Pistas do método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, RS: Salinas.

- Pereira, M. P. B., & Barcellos, C. (2006). O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2(2), 47-55.
- Peres, R. S.; Borsonello, E. C. & Peres, W. S. (2000). A esquizoanálise e a produção da subjetividade: considerações práticas e teóricas. *Psicologia em Estudo*. 5(1), 35-43.
- Pereira, J. S., & Machado, W. C.A. (2016). Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26 (3): 1033-1051.
- Rabello, L. S. (2010). Estudo comparado Brasil e Canadá. In: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Raimundi, D. M. et al. (2016). Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço. *Rev. da Esc. Enfermagem USP*, 50(n.esp), 130-138.
- Reis, R. L. (2006). *A construção de uma rede de entendimento do sujeito em sofrimento psíquico: clínica ampliada?* Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, Brasil.
- Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005.
- Ribeiro, M. E. & Goto, T. A. (2012). Psicologia no Sistema Único de Assistência Social: Uma Experiência de Clínica Ampliada e Intervenção em Crise. *Rev. Interinst. Psicol.* 5(1), 184-194.
- Rogone, H. M. H. (2006). *Psicanálise e cidadania: correndo riscos e tecendo laços*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Rolnik, S. (2020). *Cartografia ou de como pensar com o corpo vibrátil*. Acesso em dezembro de 2020 de <https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensarvibratil.pdf>

- Romagnoli, R. C. (2016). Sobre críticas e intervenções: breve discurso acerca da inserção das ideias de Gilles Deleuze na Psicologia do Brasil. In Drawin, C. B.; Ferreira Neto, J. L., & Moreira, J. O. (Orgs.) *A filosofia na psicologia: diálogo com Foucault, Deleuze, Adorno e Heidegger*. Coleção Humanística. São Paulo: Loyola.
- Roos, R. A., Maraschin, C., & Costa, L. B. (2015). A escritura como dispositivo clínico. *Psicologia Clínica*, 1(27), 39-61.
- Rossi, A. & Passos, E. (2014). Análise Institucional: Revisão conceitual e Nuances da Pesquisa-Intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, 1(5), 156-181.
- Safra, G. (2006). Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. *Psychê*, 18(5), 13-20.
- Saito, D. Y. T. et al. (2013). Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto Contexto Enferm*, 22(1): 175-83.
- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2011). Território e Territorialização: incorporando as relações Produção, Trabalho, Ambiente e Saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 8(3), 387-406.
- Santos, M. M. S. (2006). *A clínica no contexto da reforma psiquiátrica: uma proposta ético-estético-política*. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Sergipe. Aracajú, Brasil.
- Simonini, E., & Romagnoli, R. C. (2018). Transversalidade e Esquizoanálise. *Psicologia em Revista*, 3(24), 915-929.
- Sousa, L. S., & Romagnoli, R. C. (2012). Considerações acerca da articulação clínica, rizoma e transdisciplinaridade. *Mnemosine*, 1(8), 72-89.
- Souza, T. P., & Carvalho, S. R. (2012). Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Polise Psique*, 2(1), 37-58.

- Souza, E. L. A. (2011). Por uma cultura da Utopia. *E-topia: Rev. Eletrônica de Estudos sobre a Utopia*. 1(12), 1-7.
- Spink, M. J. P. (2010). Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia*. 12(1), 41-56.
- Traveso-Yepéz, M. (2001). *A interface Psicologia e Saúde: perspectivas e desafios*. *Psicologia em Estudo*. 6(2), 49-56.
- Veloso, C. (1982). Dom de Iludir. In Costa, G. *Minha voz*. LP. Produção Mاريوzinho Rocha. Philips Recods.
- Volich, R. M (2000). *Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Westphal, M. F. (2006). *Promoção de saúde e prevenção de doenças*. In Campos, G. W. S. e outros. (Org.) São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Zoboli, E. L. C. P (2009). Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. *O Mundo da Saúde*. 33(2), 195-204.
-

APÊNDICES

APÊNDICE I

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Práticas psicológicas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF: uma cartografia no âmbito da clínica ampliada**, autorizada com a anuência das Secretarias de Saúde de João Pessoa e Campina Grande, Paraíba, bem como pelo Comitê de Ética sob **CAAE 06616819.5.0000.5206**, tendo como objetivo geral cartografar as práticas psicológicas desenvolvidas por psicólogos do NASF, no âmbito da clínica ampliada, nas cidades de Campina Grande e João Pessoa, Paraíba.

Sua participação:

1. É voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, não trazendo nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição anuente.
2. Consistirá na presença nos grupos reflexivos, no comparecimento a uma entrevista individual e na permissão que o pesquisador acompanhe seu trabalho no NASF em pelo menos dois momentos;
3. Apresenta riscos mínimos, pois não trataremos de temas invasivos nem ocorrerá exposição imprópria da sua imagem.
4. Trará benefícios para a construção do conhecimento acerca do fazer psicológicos no NASF, sob o viés da Clínica Ampliada;

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, sendo os dados divulgados de forma a não possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR): Dra. Ana Lúcia Francisco, Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Teologia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. , Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, 50060110 - Recife, PE - Brasil, Telefone: (81) 2167172; E-mail: ana.francisco@terra.com.br

PESQUISADOR ASSISTENTE (ORIENTANDO): Adriano de Sousa Barros, (83) 998146420, E-mail: adriano.dsbarros@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C – 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE: (81)2119-4041 ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br - Horário de funcionamento: 8h às 12h e das 13h às 17h - Segunda a sexta-feira

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

APÊNDICE II

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Apresentação

Prezado participante, sou pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da UNICAP e estou com aqui com anuência da Secretaria de Saúde do seu município. Meu projeto passou por apreciação do CEP e teve parecer N° _____ aprovado em __/__/__, tendo como objetivo “*cartografar as práticas psicológicas desenvolvidas por psicólogos do NASF, no âmbito da clínica ampliada, nas cidades de Campina Grande e João Pessoa, Paraíba*”.

O foco do nosso encontro é realizar uma entrevista semi-estrutura visando conhecer sua prática enquanto psicólogo/a no NASF, disponibilizando para que leia com antecedência o TCLE, documento que trata das condições éticas de nosso estudo. Após leitura e assinatura, caso concorde, daremos prosseguimento à entrevista conforme questões a seguir.

EIXO I: Diálogos entre a formação em psicologia e as políticas públicas em saúde:

1. Poderia me apresentar seu percurso durante na Psicologia, considerando suas escolhas teórico-práticas durante a graduação/pós-graduação e em seu percurso profissional?
2. Como foi sua entrada nas políticas públicas? O NASF é sua primeira experiência?

EIXO II: Experiências da psicologia junto ao NASF-AB

3. Como se constitui o papel da Psicologia no NASF onde atua?
4. Quais e como se dão as atividades você desenvolve no NASF?
5. Quais diretrizes são consideradas durante suas práticas psicológicas?

EIXO III: A psicologia na construção da clínica ampliada:

6. Você conhece o termo Clínica Ampliada? Aplica estas diretrizes em sua prática no NASF?
7. Como você concebe o conceito de saúde-doença em sua prática?
8. A perspectiva da promoção e prevenção está presente nas práticas psicológicas? Como?
9. É possível perceber o viés político nas práticas psicológicas no NASF? Como?

EIXO IV: A psicologia no diálogo interdisciplinar com o modelo biomédico em saúde.

10. O funcionamento do NASF tem proporcionado espaço para uma discussão multidisciplinar na clínica? Existe interconsulta?
11. O modelo biomédico presente na realidade das políticas de saúde é atuante no NASF? Como?

A atuação centrada a figura do médico interfere em seu trabalho?