



Transclínica na Atenção Primária à Saúde: Grupo da Curva

Transclinical Practices in Primary Health Care: *Grupo da Curva*

André Felipe Jales Coutinho (orcid.org/0000-0001-9054-1617)¹

Tâmara Albuquerque Leite Guedes (orcid.org/0000-0003-2241-9032)²

Resumo

O acolhimento de demandas envolvendo os cuidados aos sofrimentos psicossociais na Atenção Primária à Saúde (APS) provoca debates no Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de contribuir no acúmulo teórico-metodológico dos cuidados em saúde na APS, analisa-se a experiência do grupo denominado ‘De onde o vento faz a curva?’ ou ‘Grupo da Curva’, desenvolvido semanalmente, em 42 oficinas dialógicas e vivenciais que se estenderam por 10 meses, no ano de 2018. O grupo acolhia jovens, adultos(os) e idosos(os); homens e mulheres. Este relato de experiência visa sistematizar os conhecimentos referentes a esse grupo, desde a sua construção; a metodologia dialógica e vivencial empreendida; os processos transclínicos acionados – diferenciando-se da clínica ampliada; e o impacto dessa construção na formação em Saúde Pública. Com esta proposta, é viável apreender desafios e potencialidades na produção de espaços psicossociais na APS, favorecendo a busca em transcender os conteúdos da prática rumo a reflexões teóricas que perpassam metodologias, processos clínicos e formação, contextualizada na Saúde Pública.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Psicologia Social; Psicologia Clínica; Integração Comunitária; Saúde Pública.

Abstract

Accommodating to the demands of psychosocial ailments treatment in Primary Health Care (PHC) generates debates in the Brazilian Unified Health System (SUS). Seeking to contribute to the theoretical-methodological concepts of health care in PHC, this research analyses the experience of people who participated in a weekly group – named ‘*De onde o vento faz a curva?*’ (Where does the wind curve?) or ‘*Grupo da Curva?*’ (Group of the Curve) – throughout 42 dialogic and experiential workshops, over a period of 10 months. The group welcomed the youth, adults, and older adults: men and women. This report aims to systematize the knowledge acquired by the group since its inception; its chosen dialogical and experiential methodology; transclinical processes, which differ from the extended clinical approach; and the impact of its construction for the formation of public health. With this proposal, we can further understand the challenges and potentialities in the production of psychosocial spaces at PHC,

¹ Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Parnamirim, Brasil. E-mail: andrefelipepsi@gmail.com.

² Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa, Brasil. E-mail: talguedes@yahoo.com.br.

favoring the search to transcend the practical contents toward a theoretical reflection that permeate methodologies, clinical processes, and formation within the context of public health.

Key-words: Primary Health Care; Social Psychology, Clinical Psychology; Community integration; Public Health.

Atualmente, é evidente a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no acolhimento e acompanhamento longitudinal de pessoas que convivem com transtornos mentais ou que necessitam, em determinados momentos, de cuidados em saúde aos sofrimentos psicossociais (Brasil, 2015). Nesse sentido, é uma resposta possível às demandas nesse campo, a implementação de oficinas coletivas, dialógicas e vivenciais. Desse modo, analisa-se uma experiência de 42 oficinas, em 10 meses, no ano de 2018, de um espaço semanal denominado ‘De Onde o Vento Faz a Curva?’ ou, simplesmente, ‘Grupo da Curva’, do qual participavam jovens, adultos(os) e idosos(os) de ambos os gêneros (homens e mulheres).

Esta análise conta com quatro eixos orientadores, no esforço em escrever sobre temas em lacuna na literatura científica contemporânea: a) descrever e analisar o processo de construção deste espaço, até mesmo seus limites no tocante à “lógica do encaminhamento” ambulatorial tradicional na APS; b) relatar seis oficinas-chave que ilustrem o método dialógico e vivencial trabalhado; c) analisar a contribuição deste grupo para a superação das práticas clínicas tradicionais em organizações de saúde, diferenciando-se da clínica ampliada, propondo uma transclínica que abarca pressupostos institucionais, psicossociais e comunitários; e d) refletir sobre o impacto dessa experiência na formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). A partir desses eixos, torna-se pertinente discorrer sobre os conceitos de ‘vivência’ e de ‘transclínica’.

No que diz respeito à vivência, é interessante trazer a afetividade como indissociável do agir (ética) e do pensar (consciência), sendo constituidora e constituinte do indivíduo. Ainda é relevante nessa discussão considerar o crepúsculo da afetividade na História Ocidental, em sua abordagem recorrente como perturbação da alma, vício ou expressão do pecado, submetida aos imperativos da racionalidade, em uma ditadura imposta às emoções e discorrer também sobre a tendência contemporânea em contemplar tão somente as

relações afetivas positivas, reforçando a exigência prescritiva a todas(os) em sentir de modo dócil e obediente ao sistema social vigente e ao *status quo*. Isto interdita as possibilidades de conflito, em nome de uma suposta ‘paz de espírito’, a qual instauraria uma pretensa qualidade de vida, conjugada com a adesão aos valores do terceiro milênio (Brandão, 2012).

Em aprofundamento à dimensão vivencial, Menezes e Pinho (2014) a tratam como ontológica, epistemológica e como método, respectivamente: como a vivência em si mesma, na experiência de integração com a vida, a qual ‘É!’, como possibilidade de conhecer o que ‘É’; e como uma perspectiva de práxis de libertação não dissociada, mutilada, superficial e fragmentada da realidade, uma vez que apreende a totalidade da vida psíquica no pensamento, no sentimento, na sensibilidade, na corporeidade, no movimento e na ação, valorizando aspectos desprezados cotidianamente pela neutralidade científica e pelo racionalismo, empirismo e positivismo. Esses aspectos se localizam na experiência: subjetiva (não negando a objetividade, mas formando uma unidade com ela), singular, sensível, emocional, intuitiva (imediate, pré-reflexiva e pré-simbólica) e instintiva. Tudo isso implica a afirmação de que o modo como uma pessoa se sente na vida influencia intensamente o jeito que ela a compreende e como a mesma atua. Então, espaços que busquem atuar no campo vivencial se desafiam a superar as existências isoladas, particulares e egoístas, expressadas por ordens psicossociais de não sentir, não se expressar, não viver e não tocar e deixar ser tocado. Nessa base epistêmica, ontológica e de método, se torna admissível a (re)construção de uma unidade indissociável entre eu penso, eu sinto e eu quero (Menezes & Pinho, 2014).

Enquanto isso, o termo transclínica foi cunhado por Lancetti (2016): “Transclínica porque diferenciada de clínica ampliada, dado que não se trata de levar os mesmos pressupostos, tão criticados nos processos de transformação institucional, para novas áreas” (p. 17). Isso coloca em análise como os diferentes caminhos clínicos na Psicologia (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, humanista-existencial, transpessoal...) construíram (constroem) seu arcabouço teórico-metodológico a partir de uma prática profissional liberal, privatista e elitista e também de uma ciência que coadunava (coaduna) com essas demandas, bastante deslocados de uma práxis transclínica contextualizada com o que as políticas públicas de saúde exigem na contemporaneidade, tanto no olhar quanto no fazer em processos de saúde-doença. Ainda cabe acrescentar as instituições como entes

abstratos que podem ser definidas como sistemas de leis e princípios que reforçam determinadas valorizações e práticas, encerrando o que deve ou não ocorrer ou mesmo o que deve ser alvo de indiferença (Barembliitt, 1996). Então, pode-se tomar a clínica liberal, privatista e elitista como uma instituição que atravessa e limita o cuidado do que ele pode.

Nesse enfoque, tratando as conexões entre clínica, política e transdisciplinaridade, Passos e Benevides (2003) encaram a indissociabilidade entre clínica, política, arte, ciência, filosofia e tantos outros lugares possíveis de enunciação, deslocando a questão ‘Onde a clínica se passa?’, desterritorializando com: ‘O que se passa na clínica?’. Contribuindo com essa processualidade, em uma perspectiva spinozista, Rauter (2015) traz a clínica como uma ferramenta de afetação do corpo, em vários modos, e do potencial desse mesmo corpo em afetar outros corpos, sendo prejudicial aquilo que impossibilita essas conexões, uma vez que, quanto mais contato se tem com coisas, outros seres e pessoas melhor se pensa e melhor se age. Logo, é na potencialização do coletivo, da multidão e da grupalidade que essa clínica se desdobra, provocando multiplicidade, heterogênesse e horizontalidade. Conforme Zourabichvili (2004), a multiplicidade prescindem da unidade para construir um sistema e em suas divisões há correspondentes mudanças de natureza. Há um estreito vínculo entre esse conceito e o de singularidade. Na multiplicidade existem esferas que vão se incorporando umas às outras, vinculando-se entre si em diferentes níveis, com possibilidade de abertura para novas dimensões.

Ainda se embasando em Rauter (2015), em suas influências com Spinoza e Deleuze, a clínica possui um papel de produção de inconsciente. Nesse ponto, Simonini e Romagnoli (2018) defendem o termo disposições de enunciação/subjetivação no lugar de inconsciente, por esse conceito ser restrito a um sujeito individuado. Então, nas produções de disposições de enunciação/subjetivação se acolheria os territórios existenciais, nas suas dimensões e intensidades: o(s) eu(s), o(s) corpo(s), o(s) espaço(s), a(s) etnia(s), o(s) ancestral(is), o(s) grupo(s), a(s) sociedade(s), a(s) cultura(s), a(s) estética(s), a(s) sexualidade(s), a(s) empresa(s), a(s) escola(s), a(s) linguagem(ns) e o(s) próprio(s) ‘não eu(s)’ em sua diferença/alteridade. Produz-se, nessa perspectiva, o diálogo com a psicose e sua efervescente multiplicação, espiralar, no desenvolvimento de ações transversais, enquanto o diálogo com a neurose e sua repetição, circular, restringe-se ao campo da transferênciaⁱ e

contratransferência¹, no ciclo de reatualização imaginária do passado, deixando escapar determinadas singularidades presentes.

Existem ainda outros desvios transclínicos, separando-se das ideias universais de falta, castração¹, complexo de Édipo¹ e pulsão de morte¹. Isso inviabiliza tratar o desejo em princípios negativos e considera que nas pessoas em níveis menores de potência o que as sustentam é a vida e não a morte. Por isso, cabe pensar o desejo e a pulsão fundamentados na vida e suas potências. Então, a clínica se torna construtivista, artística e inventiva. Outro ponto que dista essas duas noções de clínica (a liberal e a transclínica) é que mais vale a noção de agenciamento que a de escuta, e a linguagem não é a coordenada principal, uma vez que existem outros componentes imanentes e cabe a esta clínica abrir essa linguagem para o fora, em poros que permitem acesso a outros planos de intensidades (Rauter, 2015). A partir desse fora, Passos e Benevides (2003) ampliariam ainda os limites da clínica e sua necessidade de imbricação com o 'não clínico' e é nessa hibridização paradoxal com outros domínios que se aborda sua transdisciplinaridade.

Referente à potência, cada sujeito individual ou coletivo pode ser delimitado segundo seu grau de potência singular, conseqüentemente, afetando e sendo afetado, por mais que não se reconheça uma exatidão em torno dessas forças de afetação, o que mais vale é a experimentação do que aumenta (por meio das paixões alegres e bons encontros) ou diminui (por meio das paixões tristes e maus encontros) a potência de agir no mundo. No tocante as paixões tristes, ao ódio, a inveja, ao ressentimento, a humilhação, essas são evitáveis, uma vez que escravizam o sujeito na impotência. Em contraposição, a partir da potência de agir se pode desobedecer os fatores circunstanciais da existência, não padecendo dela e não estando à sua mercê (Pelbart, 2007).

Por sua vez, a presença de um agenciamento ocorre quando se reconhece e se detalha um agrupamento de relações materiais e seus regimes de signos. Os grandes agenciamentos sociais se caracterizam por suas formas estáveis, com suas reproduções. Enquanto os modos que os sujeitos exercitam tais reproduções, ora as preservando, ora as rompendo em prol de criações singulares, tratam das forças locais que atuam nos agenciamentos. Os agenciamentos se solidarizam com os desequilíbrios, perpassando diferentes conexões que ultrapassam a cisão entre coletivo e individual, afirmando que é

possível acionar relações materiais e regimes de signos singulares, bem como se pode ser capturado pelas universalidades (Zourabichvili, 2004).

Na fecundação entre clínica e transdisciplinaridade, Escóssia e Mangueira (2005) posicionam a clínica na tensão entre o passado e o que ainda será, na tensão entre o instituído e o instituinte, compondo-se transdisciplinarmente com outros saberes. O instituído como o que foi construído no passado e se prolonga no momento presente. Relacionando-se com os percursos históricos dos sujeitos, incluindo tempos, espaços, condições e vetores de força que permitiram a sua manifestação. Por sua vez, o instituinte como o que está em construção, rumo ao que ainda há de ser, em direção aos devires, com vetores de forças atuando no aqui-agora, transversalizando o domínio do passado, do presente e do futuro, em alianças de invenção (Escóssia & Mangueira, 2005). Nos percursos de tensão e composição, Barros e Passos (2004) colocam a tarefa de abandono das figuras essencializadas e unitárias de 'sujeito' e 'interpretação da realidade'. Em seu lugar: 'produção de subjetividade' e 'experimentação/construção da realidade'. A partir de outros operadores conceituais, torna-se possível manejar clinicamente em prol do retorno da(do) sujeita(o) ao plano da subjetivação e ao plano do coletivo, cuja seguinte problematização de Góis (2012) é uma potente pergunta-intercessora: "Como diminuir o sofrimento e aumentar a potência do povo empobrecido?" (p. 16), reconhecendo que as práticas amparadas em modelos transpsíquicos (no lugar de intrapsíquicos) estão à frente na compreensão e intervenção do sofrimento psíquico da população oprimida (Góis, 2012).

O termo transpsíquico (para além e com as psiques) foi cunhado neste trabalho no lugar de interpsíquico (entre psiques), que é o termo original na discussão de Góis (2012). Essa substituição visa desviar da aparente separação entre duas ou mais subjetividades e/ou mundos que o prefixo 'inter' remete, afirmando coextensividades das subjetividades e do próprio mundo, conectando tais entes com '-e-' no lugar da conjunção 'ou', ou mesmo do 'e' sem hifens (subjetividade-A-e-subjetividade-B; subjetividade-e-mundo; no lugar de subjetividade A ou subjetividade B; no lugar de subjetividade ou mundo; no lugar de subjetividade A e subjetividade B; e no lugar de subjetividade e mundo). O modelo de conexão com hifens que o prefixo 'trans' evoca dissolve aparentes fronteiras identitárias, as quais essencializam os sujeitos em unidades (intra) em movimento (inter). Há um processo

de fecundação do que antes era unidade (intra) em movimento (inter): as multiplicidades (trans).

Em busca de aprofundar a tensão entre o lugar instituído da (do) psicóloga (o) na APS com a invenção instituinte de um espaço como o 'Grupo da Curva' é que as linhas seguintes tratam do percurso metodológico empreendido.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, do tipo relato de experiência sobre a atuação enquanto psicólogo residente em uma Unidade Básica de Saúde na reestruturação do cuidado e apoio às demandas de saúde psicossocial, por meio da RMSFC.

A estruturação deste relato de experiência ocorreu por meio do apoio de diários de campo, registrados ao término de cada oficina, os quais foram lidos exaustivamente. Desses registros, houve a seleção de seis planejamentos das oficinas, considerados mais significativos para ilustrar o método dialógico e vivencial operacionalizado. Também se valeu do resgate de fotos e vídeos do banco de materiais audiovisuais arquivados em cada oficina desenvolvida, os quais apoiaram uma retomada do contato com a experiência deste grupo.

Outra fonte que subsidiou as reflexões são os dados do dispositivo da sala de situação de duas Equipes de Saúde da Família (eSF), que circunscrevem o espaço do 'Grupo da Curva' de uma Unidade de Saúde da Família Integrada (USF Integrada) em João Pessoa-PB, a qual possui um total de quatro eSF. Essas duas equipes foram selecionadas pela proximidade de seus territórios com o espaço das oficinas e, também, pela quase totalidade de participantes pertencerem a esses dois territórios, mesmo tendo sido uma atividade aberta para qualquer pessoa desta USF Integrada.

Por dispositivo se concebe um sistema de múltiplas linhas de diferentes qualidades, com variações de direção ou mesmo derivações, acoplando linhas de visibilidades, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação e linhas de fuga, com suas composições de tensionamento ou mesmo de misturas. Um dispositivo é uma máquina de ver o que antes não se via e dizer o que antes não se dizia (Deleuze, 1996). Já a sala de situação, conforme definição das(dos) autoras(es), trata-se de um dispositivo de gestão em saúde, apoiador de

práticas assertivas na APS, que precisa ser apropriado pelas(os) profissionais dos serviços nesse âmbito de atenção em saúde, e que agrupa indicadores sistematizados concernente: à população coberta pela USF Integrada, às condições de adoecimento e ao acompanhamento em saúde empreendido. Esse dispositivo é preenchido mensalmente e facilita a produção de conhecimentos do processo saúde–doença ao longo do tempo. Nessa USF, os indicadores são expostos publicamente por meio de *banner*, promovendo a transparência à comunidade.

Como se trata de um relato de experiência, não foi necessário submeter este trabalho para apreciação de Comitê de Ética e Pesquisa conforme o modo com que os conteúdos foram aqui analisados, contudo é importante destacar que todos os princípios éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados e atendidos. Salienta-se que as informações obtidas no diário de campo foram produzidas pelo próprio autor e os dados e informações em saúde utilizados são públicos e disponíveis da sala de situação da unidade de saúde.

No tocante a análise teórico–metodológica acionada, valeu-se das contribuições da análise institucional francesa, com a sua ramificação na esquizoanálise. De acordo com Hur (2013), esta foi uma insurgência a partir do acontecimento de maio de 1968 na França, criada pelo filósofo Gilles Deleuze e o militante–psicanalista Félix Guattari.

“Com sua análise micropolítica dos agenciamentos, das relações desejantes e de poder, a esquizoanálise propõe uma leitura 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, que transcendem o freudo–marxismo”. (Hur, 2013, p. 266)

É nesse ensejo que os conceitos–intercessores (Passos & Benevides, 2000) da esquizoanálise se agenciam com a experiência do ‘Grupo da Curva’. Inicialmente, no decorrer das atividades de uma RMSFC, com o atravessamento de processos instituídos e o tensionamento criativo, instituinte, de novos olhares e saberes desde a implantação até a implementação das oficinas, as quais serão descritas metodologicamente com o enfoque em seis encontros. Em seguida, serão abordados os conceitos de vivência e transclínica no

cruzamento com essa experiência, concluindo esta narrativa a partir do impacto deste grupo na formação em Saúde Pública.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um círculo é uma circunferência em uma superfície plana. A essa forma geométrica pode se acoplar os adjetivos de ‘sedentário’ ou mesmo ‘vicioso’, delineando um movimento que se repete em um mesmo plano. Em composição com essa imagem circular, sedentária e viciosa se pode pensar no lugar instituído da (do) profissional de Psicologia no contexto da APS. Lugar esse com

“uma tradição de clínica individualista, elitista e psicologista, que pouco sabe lidar com as questões sociais e psicológicas que perpassam o cotidiano de vida da maioria da população brasileira. Herdou-se um modelo de formação hegemonicamente pautado no enfoque clínico, que condiciona a identidade profissional do psicólogo a um aprisionamento e engessamento, dentro do campo de atuação da Psicologia Clínica, principalmente ligada ao histórico de experiências de clínica privatista vinculada às elites e classe média. Diante disso, há a inabilidade de contextualizar o que-fazer psicológico junto às classes populares, aos usuários do SUS” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2009, p. 54).

Nesse caminho, insurge outra forma geométrica, uma curva tridimensional que vai girando ao redor de um ponto central, se afastando ou se aproximando: a espiral. Nesse movimento, há ruptura com o sedentarismo e o vício do círculo, promovendo criação e invenção, em que a transclínica acionada no grupo ‘De onde o vento faz a curva?’ é um exemplo.

Este espaço foi construído em duas tentativas: 29/06/2017 e 01/03/2018. Na primeira data, as oficinas não foram desenvolvidas por conflitos no processo de trabalho e pela lógica engessada do encaminhamento ambulatorial entre as (os) profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de João Pessoa-PB, sendo a segunda data a que demarcou o início do ‘Grupo da Curva’.

A emergência de ambas as datas ocorreu a partir da demanda de pessoas em sofrimento mental de duas eSF vinculadas à USF em questão. Essa população estava territorialmente mais distante desta unidade, dificultando o acompanhamento de pessoas idosas ou de pessoas com limites em transitar no espaço público, por exemplo. A primeira eSF possui uma média anual da população total cadastrada de 1.249 pessoas, a média anual de famílias cadastradas de 465 famílias e as pessoas acompanhadas com psicotrópicos na USF com a média anual de 55 pessoas. Os valores respectivos da segunda eSF são: 2.656; 828; e 85. A média entre os valores de ambas as eSF são: 1.952 como população total; 646 famílias cadastradas; e 70 pessoas acompanhadas em uso de psicotrópicos. Essas pessoas, em geral, têm o acesso limitado a espaços de cuidado para além do acompanhamento medicamentoso, com apenas uma das duas eSF possuindo uma atividade coletiva mensal com foco nos cuidados psicossociais.

Foi nesse cenário que se deu o desvio para algumas (ns) das (dos) participantes do 'Grupo da Curva' do círculo de simples renovações de receitas (com suas escutas voltadas ao manejo de medicamentos psicotrópicos) e do círculo de algumas poucas escutas psicológicas individualizadas na USF, escutas psicológicas essas que deveriam ocorrer em casos excepcionais. O que é corroborado pelo Ministério da Saúde, quando afirma como diretriz que o processo de trabalho dos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) – o que, logicamente, se estende para além do NASF aos demais profissionais não presentes na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, como é o caso de alguns núcleos profissionais das residências multiprofissionais atuantes na APS – também contempla, entre outras ações,

“intervenções específicas [...] com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, [é importante] continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade”.

(Brasil, 2010, p. 20)

Em recente formulação referente ao NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), em 2017, a portaria GM/MS N° 2.436 revisa e atualiza as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, reconfigurando também o papel do NASF-AB, expandindo a atuação do NASF para outras modalidades de equipes na Atenção Básica, além da equipe de Saúde da Família. Neste contexto, o Anexo da portaria GM/MS N° 2.436/2017, em capítulo 1, item 3, trata do funcionamento da Atenção Básica:

“Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB):

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS **principalmente por intermédio da ampliação da clínica***, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e
- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (Brasil, 2017)”. *grifo nosso

Não é apenas a mudança de nomenclatura, mas a expansão de cobertura para outras modalidades de equipes na AB, tornando o desafio do atendimento individual ainda maior e demandando aos profissionais do NASF-AB estratégias de cuidado que superem o modelo tradicional de consulta e oferte às equipes de referência experiências e conhecimentos clínicos matriciais para lidar com as diversas situações no cuidado.

Assim, do desvio desse grupo, um novo vento foi construindo uma espiral de agenciamentos, que envolveram, inicialmente: residentes multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade (ênfase da Psicologia e da Nutrição), agentes comunitárias(os) de saúde (ACS), o espaço de uma igreja católica inserida na comunidade cedida para as oficinas e 48 moradoras(es) circunscritas(os) nos territórios de ambas as eSF, com média de

participação entre cinco e sete pessoas por encontro – sendo 73% de mulheres e 27% de homens, delineando a influência da construção da masculinidade hegemônica na evitação de práticas de autocuidado (Silva, 2013), com participação masculina inferior à feminina. Daí se seguiram as conexões com estudantes da área de saúde que frequentaram e contribuíram para este grupo.

As ligações com as(os) ACS se fragilizou em determinado momento, processo influenciado, em grande medida, pela ‘lógica do encaminhamento’ ambulatorial tradicional à Psicologia, circularizada/cristalizada na APS, com a desimplicação das eSF no tocante ao tema dos cuidados psicossociais. Em movimento posterior, quando o grupo já se encontrava mais bem consolidado, existiram contatos pontuais com determinadas(os) profissionais das eSF e do NASF, acompanhado da tentativa de engajamento das(dos) médicas(os) residentes em Saúde da Família e Comunidade de ambas as equipes, o que se efetivou parcialmente. Tanto o vínculo inicial com as(os) ACS como o vínculo com outras(os) profissionais das eSF e com as(os) médicas(os) instigaram processos de apoio matricial, na transversalização de saberes e práticas.

Por apoio matricial se entende que pode ser ofertado na modalidade assistencial ou técnico-pedagógico e ambas as modalidades estão intrinsecamente ligadas a esfera da educação permanente nos serviços da APS do SUS. O apoio matricial implica a atuação de diferentes especialidades não presentes na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família no ‘fazer com’ e no ‘fazer junto’ aos que se encontram na equipe mínima, em uma perspectiva de trabalho e educativa dialógica, participativa, horizontal e que vise processos de autonomia e emancipação das equipes de Saúde da Família (Brasil, 2009).

Assim, o ‘Grupo da Curva’, apesar dos limites, conseguiu construir suas espirais dialógicas e vivenciais em suas 42 oficinas psicossociais, das quais seis são analisadas na seguinte ordem: 1º, 7º, 8º, 9º, 41º e 42º.

Na primeira oficina, iniciou-se com a construção de barcos em origami, com cada pessoa colorindo e registrando o nome. Logo depois, houve um momento de contemplação desses barcos em movimento em cima de um tecido, chacoalhado por meio das mãos de todas(os) as(os) participantes, enquanto uma música de fundo intensificava a experiência de produzir o mar e ver os barcos à deriva. Ao encerrar a música e colocar o tecido no chão,

com uma música de ondas ao fundo, compartilharam-se narrativas a partir do mote ‘De onde veio, navegante?’, relacionando no decorrer da conversação a singularidade das(dos) navegantes, em seus barcos, com as forças circunstanciais das correntes de ar que promoveram os diferentes modos do mar, logo, tornando o navegar ora potente, ora enfraquecido ou desafiador. A despedida dessa primeira oficina do ‘Grupo da Curva’ ocorreu com abraços e o compartilhamento da mensagem de umas(uns) as(aos) outras(os): ‘Mar calmo nunca fez boa(bom) marinheira(o)’.

Já as oficinas sétima, oitava e nona ocorreram em uma vivência única que atravessou três semanas seguidas, tematizando o mito do Minotauro, de Teseu e de Ariadne. Mito esse que foi contado na abertura de cada uma das três oficinas, enquanto as(os) participantes se colocavam sentadas(os), com os pés no chão, corpo confortável, olhos fechados e respiração tranquilizada. Na intenção de enriquecer o uso desse mito, o ambiente foi organizado com uma espiral demarcado com barbante de sisal, construindo o labirinto que cada participante iria habitar durante o ‘Grupo da Curva’. Em cada dia, motes diferentes foram disparados, colados ao chão, para evocar o labirinto do momento, conformando as cadeiras da roda de conversação em três níveis diferentes da espiral. No primeiro dia ocupando a maior circunferência e no último dia a menor:

- 19/04/18 – O que me atrapalha? O que me confunde? Onde me perco? Qual o meu labirinto?
- 26/04/18 – Quem é meu fio de Ariadne? O que me orienta? O que busco? Qual a espada mágica que carrego?
- 03/05/18 – Quais foram minhas superações? Quais pessoas resgatei do labirinto? O que aprendi com a caminhada? Qual(is) o(s) sentido(s) da minha vida/jornada?

É possível observar que o processo dessas três oficinas se inicia abordando pontos de despotencialização da vida; seguido pela emergência de tecnologias de cuidados e de produções desejantes que permitem incidir nesse enfraquecimento, produzindo resistências; e se transpõe nas produções de subjetividade que foram possíveis na travessia desse labirinto de três semanas.

Em seguida, na quadragésima primeira oficina, a qual abordou o tema ‘Política’ e ‘Sofrimentos Psicossociais’, o dia foi aberto com um ‘Sarau das Opressões’, articulado com

reportagens, entrevistas, poesias e depoimentos de situações envolvendo: I) catracas urbanas e ódio de classe; II) LGBTfobia; III) machismo; IV) racismo; e V) relações manicomiais. Enquanto o sarau acontecia, enunciado por algumas(uns) residentes multiprofissionais, intercaladamente, as(os) demais participantes se colocaram de olhos fechados, com os pés no chão, em posição confortável e respiração tranquilizada. No momento seguinte, colocou-se a palavra ‘política’ ao centro, registrando as várias definições que emergiram. Então, compartilhou-se o significado etimológico (<https://www.significados.com.br/politica/>) da palavra: ‘politiká’ (derivado de polis, o que é público) ligado a ‘tikós’ (bem comum de todas as pessoas). Utilizando esses elementos, ensaiou-se a tessitura de relações entre as definições pronunciadas.

Posteriormente, inspirado no método da ‘Tenda do Conto’ (Félix-Silva, Nascimento, Albuquerque, Cunha, & Gadelha, 2014), construiu-se uma ‘Tenda das Opressões’, com cinco cadeiras portando, cada uma, um objeto (batom, medicamento e cartão de ônibus) ou fotografia que aludisse às cinco opressões já mencionadas. Então, convidava-se: ‘Me conte a sua dor/ Me conte a dor dela/ Me conte a dor de quem está sentindo lá de longe.../ Quem tem a coragem de trazer a nossa dor?’. Compartilharam-se narrativas dessas opressões, narrativas essas sejam em primeira pessoa ou em terceira pessoa, preservando o sigilo das(dos) sujeitas(os) tratadas(os) nas vivências de opressão. Isto posto, ao fim de cada conto, reforçava-se um novo convite e a(o) nova(o) contadora(or) escolhia uma das cinco cadeiras com seus objetos-imagens a fim de dar seguimento ao espaço. Encerrou-se esse dia com a leitura de um trecho do livro ‘A fábrica de interiores’ de Luis Antonio dos S. Baptista (2000, p. 40-41), acionando uma imagem provocadora de uma mulher em um balanço, complementada pela mensagem de ultrapassagem das opressões narradas, seguido por atendimentos de auriculoterapia (prática integrativa e complementar vinculada à Medicina Tradicional Chinesa).

Por fim, na quadragésima segunda oficina, ocorreu o fechamento do ‘Grupo da Curva’. A ambientação foi organizada com vários barbantes, varais e fios de outras texturas colocados no chão, configurando diferentes formas geométricas: retas, curvas, etc. Partiu-se de um momento de relaxamento guiado por um áudio que refletia sobre as crises, de uma forma ampla, abrangendo dilemas existenciais e de condições de vida, desafios que

emergem exigindo escolhas e respostas assertivas, sendo as motivadas por sofrimento psicossocial apenas um dos aspectos da crise. Durante esse momento de conexão consigo, cada pessoa sentada fechou os olhos, colocou-se em posição confortável e deixou os pés em contato com o chão. Refletiu-se sobre as experiências de crises que impulsionaram cada participante para esse espaço e se evitou abordar a crise em seu polo simplesmente negativo; em outra perspectiva, a crise foi tomada, corroborada por Barros e Passos (2004), como uma condição para os modos de subjetivação, de experimentação, de criação de si e do mundo.

Em seguimento a essa técnica de relaxamento, acionou-se um vídeo de retrospectiva com imagens da trajetória do grupo. À vista disso, instaurou-se uma roda de conversa de compreensão e avaliação desse processo grupal, com três motes formando um triângulo no chão: a) De onde parti? b) O vento fez a curva? c) De onde fez?

No intuito de intensificar o cuidado no corpo e no coletivo, promoveu-se um 'Corredor do Cuidado'ⁱⁱ. Essa ferramenta consiste em duas fileiras de pessoas, uma de frente para a outra, que irão, cada uma a seu modo, compartilhar cuidados pelo toque e/ou mensagens aos ouvidos, ao passo que uma música de fundo potencializa o contato com as emoções. Toda pessoa passa por uma preparação antes de percorrer o corredor; uma preparação que explora as sensibilidades, por exemplo, com o vento produzido por um leque e/ou penas que tocam a pele e/ou massagens. Ao concluir a caminhada no corredor a pessoa é recebida com um abraço e seguidamente receberá a próxima pessoa que andarás pelo mesmo, até que todas(os) o atravessem. Essa oficina encerrou-se com um lanche oferecido a todas(os) as(os) participantes.

Essas seis oficinas-chave evocam a vivência como método ao explorar objetos que ambientaram o espaço e serviram como dispositivos, facilitando a demarcação de um 'lugar outro', um espaço em que o tempo não segue apenas o tempo das atividades cotidianas, mas permite também a entrada do tempo dos afetos: barcos de papel; tecido que remetia ao mar; fio de sisal que se atrelava aos labirintos da vida e da morte; cadeiras que permitiam falar de diferentes opressões; vários fios com diferentes texturas que provocavam o contato com os fluxos enrijecidos ou maleáveis; folhas de papel em que se escrevia visivelmente as palavras-chave trazidas por cada pessoa. Também o corpo era exercitado não apenas com

os ouvidos, olhos e bocas: espalhava-se movimentando o mar; percorrendo labirintos; sentando em uma ou outra cadeira ou mesmo apenas assistindo às narrativas das(dos) demais; nas carícias; choros; abraços; paralisações (silêncios corporais); e introspecção. Aos afetos e instintos não se buscou fixar modelos *a priori* do que era legítimo ou não sentir e se mobilizar, apenas se foi acompanhando e buscando conectar, vincular, ancorar e deslizar com o que emergia: da pessoa com ela mesma; da pessoa com as outridades; da pessoa com o mundo; e os mistérios do viver e morrer.

No ponto da transclínica e das superações de pressupostos da clínica tradicional, e até mesmo da chamada ‘clínica ampliada’, pode-se mencionar a não separação entre sujeito e objeto (Aguiar & Rocha, 2003; Barros & Kastrup, 2015; Paulon, 2005). Acerca disso, nas oficinas se desdobrava uma postura de todas(os) as(os) participantes do grupo, sejam essas(es) moradoras(es) da comunidade ou profissionais de saúde, em buscar experimentar os percursos de cada oficina, posicionando-se perante as(os) demais, compartilhando e contribuindo umas(uns) com as(os) outras(os) na produção de cada dia. Dito de outro modo, tentou-se ultrapassar os lugares fixos entre profissionais que indagam e conduzem o espaço e suas(seus) moradoras(es) – ‘usuárias(os) do serviço de saúde’ que respondem e se deixam conduzir. Nesse paradigma relacional, Rauter (2015) escreve que ao

“invés de tentar esconder ou dissimular alguns detalhes de sua vida pessoal conhecidos pelo paciente, ele os utilizava como ferramentas clínicas. [...] o analista emprestava seu corpo múltiplo ao paciente, quando ele não estava conseguindo acessar sua própria multiplicidade. Desse modo, talvez ele pudesse fazer experimentações com o fora, com o além da interioridade” (p. 48–49).

Seguindo essas reflexões, a imbricação entre o indivíduo, o grupo e a sociedade é algo que deve ser ressaltado, seja na compreensão dos processos que emergem, seja na construção do grupo. Estar atento a esses fluxos que constituíram o ‘Grupo da Curva’ pressupôs um deslocamento constante do ‘lugar de especialista’ em subjetividades do profissional de Psicologia envolvido, potencializando o campo da Psicologia com outros campos, como a Nutrição, a auriculoterapia, os Florais de *Saint Germain* e a aromaterapia. Nessa sequência, a profissional de Nutrição se vinculou ao grupo, construindo uma das oficinas mensalmente, em cinco encontros, conectando as práticas de alimentação com a

produção psicossocial de saúde e doença. Enquanto isso, as últimas oficinas (da 35° até a 41°, sete encontros) contaram com a assistência paralela de uma equipe de auriculoterapeutas, que intensificou as ofertas de cuidados em saúde nesse espaço. Por sua vez, o profissional de Psicologia, com formações em terapias holísticas, inseriu os Florais e a aromaterapia nos encontros. Os Florais consistem em outra prática integrativa em saúde, assim como a auriculoterapia, e foram ofertados junto à águaⁱⁱⁱ disponível ao grupo em boa parte das oficinas. Nesse ínterim, os óleos essenciais aromaterapêuticos utilizados por meio de um difusor ambiental, em duas oficinas, foram o Gerânio Egito, *Pelargonium Graveolens*, (em uma oficina que trabalhou as feminilidades) e o Cedro, *Cedrus Atlântica*, (em uma oficina que trabalhou as identificações, as desidentificações e as experimentações).

Outra expressão desse fazer transclínico foi o exercício de tensionar as psicologizações e individualizações dos fenômenos psicossociais, evitando responsabilizações pessoais ou mesmo culpabilizações das dores, dos prazeres e das diferentes vivências que se apresentaram. De outro lugar ocupado, distante desse ‘profissional de saúde–juiz’ e afastado do ‘clínico–intérprete’, o psicólogo residente se posicionou no ‘transclínico–cartógrafo’. Este, conforme Barros e Kastrup (2015), consiste no acompanhamento de processos, uma forma de experimentação em que existe uma concentração sem focalização, uma atenção permanente, uma cognição ampliada, em um modo sensível de entender, que não visa explicar nem revelar, mas mapear intensidades, estando aberto ao plano das forças e dos afetos. No cartografar se implica ainda a exigência da produção coletiva do conhecimento. Esse mapeamento cartográfico dos processos que permearam o ‘Grupo da Curva’ foi facilitado com a prática de registro semanal dos diários de campo após cada oficina realizada, delineando movimentos que eram acionados com as pessoas e com o próprio grupo.

Além disso, cabe mencionar como um elemento transclínico, a construção de temas das oficinas amparada em interesses e desejos explicitados pelas(os) próprias(os) participantes, ao invés da oferta de espaços de cuidado que tomam ‘o que fazer e como fazer *a priori*’ da realidade das(dos) envolvidas(os). Esse princípio pode ser encontrado na ideia de ‘tema gerador’ de Freire (1968/2014). Por essa via de construção de oficinas a partir de encomendas das(dos) participantes foram construídas: quatro oficinas sobre

masculinidades e feminilidades; quatro oficinas sobre perdas, lutos e renascimentos; e uma oficina sobre espiritualidade e práticas integrativas em saúde. Ou seja, nove oficinas das quarenta e duas implementadas, número proporcionalmente reduzido quando comparado ao total, em grande parte, pela própria cultura de silenciamento em que as(os) participantes do grupo estão envolvidas(os), expressando a internalização da opressão, o que dificulta a produção da própria palavra, mesmo quando há possibilidade de dizê-la (Freire, 1968/2014).

Outrossim, o próprio *setting* do grupo foi subvertido como quando se agenciou a conexão do ‘Grupo da Curva’ com outro grupo que trabalhava com Terapia Comunitária, na mesma USF, promovendo um passeio em conjunto para uma área de lazer. Em outro momento, no dia de ação referente ao ‘Setembro Amarelo’, cujo tema de trabalho em saúde é a prevenção do suicídio, preparou-se um espaço com representantes desse grupo no sentido de refletir sobre as trajetórias singulares de cada uma(um) e a partir daí se organizar narrativas de apresentação do espaço nesse dia de ação. Isso configura um *setting* que se movimenta, se borra e se deixa comunicar com outros fluxos para além da ‘instituição terapêutica’.

Em paralelo, ao pensar no impacto dessa experiência na formação em RMSFC e em Saúde Pública, percebe-se um aprendizado significativo no campo das tecnologias leves (Brasil, 2015), as quais se diferenciam das tecnologias duras (na utilização de máquinas e instrumentos) e das tecnologias leve-duras (no acionamento de saberes e práticas estruturados). Em seu lugar, há o trabalho vivo, na produção de serviços, vínculos, acolhimentos e responsabilizações (CFP, 2009). Também é válido trazer à tona o exercício de criatividade para construir os vários espaços vivenciais implementados, sustentando essas criações metodológicas semanalmente por 10 meses. Igualmente, evocar o exercício de um contato transclínico – e não simplesmente de uma escuta transclínica. Nesse pensamento, reitera-se a colocação de Rauter (2015), em que a escuta não define a tarefa de uma(um) (trans)clínica(o) esquizoanalítica(o), sendo a linguagem um dos componentes, entre outros, não ocupando posição central. Ou seja, caberia promover aberturas dessa linguagem com o fora, com a linguagem poética, com planos de intensidades. Algo também interessante foi o desenvolvimento de articulações com diferentes profissionais de saúde no

acompanhamento e construção do 'Grupo da Curva', ensaiando um fazer e um pensar transdisciplinar em meio ao trabalho multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É com essas considerações que se abrem desafios nos cuidados em saúde e nas práticas e saberes psicossociais em contextos comunitários. Nessa experiência específica, reconhece-se a expectativa das eSF em contar com o psicólogo na APS para acolher demandas de psicoterapia individual (breve ou não) – o que também é esperado dos demais núcleos profissionais não presentes na equipe mínima: o atendimento ambulatorial (e muitas vezes individual), característico da atenção secundária no SUS. Esse lugar é reforçado pela própria gestão – talvez buscando sanar a demanda reprimida da atenção secundária – quando organiza boa parte do acesso à assistência (individual) das(dos) profissionais do NASF por meio de encaminhamentos impessoais, mediados por solicitações escritas de profissionais que trabalham no mesmo estabelecimento de saúde da(do) profissional do NASF. As demandas vão se acumulando, com amplas dificuldades em serem efetivamente contempladas. Esse funcionamento ressoa do NASF às(aos) profissionais residentes, interferindo no processo de trabalho das(dos) profissionais responsáveis pelo apoio matricial.

Esse enquadre dificulta a abordagem na promoção de saúde e na prevenção de adoecimentos e retorna à tradicional atenção aos adoecimentos e seus respectivos tratamentos. Logo, ao ser organizada outra oferta, efetivamente de apoio matricial em suporte assistencial, não é inusitado o fato da resistência e dificuldade de responsabilização de ambas as eSF com os sofrimentos psicossociais de suas áreas de abrangência, como de fato ocorreu, uma vez que se precisou(precisaria) transformar círculos em espirais. Em síntese, esses desafios estão na 'lógica do encaminhamento' ambulatorial tradicional na APS; também no desenvolvimento de trabalhos comunitários que extrapolem a dimensão individualizada das subjetividades; além do próprio contato com as diferenças de quem busca cuidados aos sofrimentos psicossociais, em seus desejos, interesses, ritmos, poros de contato, especificidades, limites, potencialidades – mulheres, homens, jovens,

adultas(os), idosas(os), pessoas diagnosticadas ou não com transtornos mentais, pessoas com déficit cognitivo/intelectual, alfabetizadas(os), não alfabetizadas(os)... Pessoas.

No intuito de cuidar dessas pessoas, organizaram-se oficinas de método dialógico e vivencial, das quais seis foram descritas no presente trabalho, trazendo o percurso empreendido a partir de um primeiro encontro de acolhimento e de esboço de uma cartografia das multiplicidades de cuidados que poderiam ser acionados a partir daquele acontecimento; seguido do relato de três oficinas de temática única agenciada com o mito do Minotauro, de Teseu e de Ariadne, principiando pela impotência rumo aos recursos de potencialização e finalizando com um espaço de experimentação de subjetividades outras; adiante, com uma oficina que facilitava a produção de narrativas superando os sofrimentos psicossociais no âmbito do indivíduo atomizado pretensamente desconectado de esferas sociais, econômicas, históricas e culturais, e em contraposição se evocou a emergência dos processos instituídos de determinadas opressões no sentido de se desnaturalizar tais processos e produzir movimentos instituintes com sujeitos individuais e coletivos; por fim, descreveu-se um modo de produzir afetos e sentidos singulares de um percurso experimental de 42 oficinas, buscando fortalecer processos de autonomia e emancipação das pessoas e do Grupo 'De Onde O Vento Faz A Curva?', bem como dos próprios profissionais e estudantes envolvidos.

Ao mesmo tempo, essas sistematizações permitem que outras(os) possam acionar esses caminhos em práticas coletivas de cuidado e, até mesmo, criar outras práticas a partir destas, produzindo outros caminhos. Outrossim, ensaiou-se o desenvolvimento do conceito de transclínica na APS a partir da não separação entre sujeita(o) e objeto; das problematizações do 'lugar de especialista', dos deslocamentos das psicologizações e individualizações dos sofrimentos e prazeres psicossociais; da construção de espaços considerando os desejos coletivos e singulares, evitando modelos *a priori*; da proposição de um *setting* transclínico que transborda com o que não é clínico, com o que não cabe em um *setting*.

No 'Grupo da Curva', algumas(uns) das(dos) participantes narraram ter exercitado força para sustentar os círculos sedentários de tristezas, ansiedades, solidões e produziram umas(uns) com as(os) outras(os) desejos de não calar, não se isolar, não paralisar, até

mesmo, esperando o dia da próxima oficina chegar entre os dias da semana. Os seus desejos movimentaram curvas de textos, desenhos, gestos, danças, cores, texturas, narrativas, temperaturas, sabores, cheiros, intensidades... Movimentaram também a formação multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Como na música 'Da lama ao caos': "Que eu me organizando posso desorganizar. Que eu desorganizando posso me organizar. Que eu me organizando posso desorganizar" (Chico Science & Nação Zumbi, 1994). Então, está lançada a outras(os) cuidadoras(es) populares os ventos dessa curva, quem sabe em um movimento de potencialização da transclínica, em vias de espirais de libertação.

REFERÊNCIAS

- Baptista, L. A. S. (2000). *A fábrica de interiores – A formação psi em questão*. Niterói: EdUFF.
- Baremblytt, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional* (3a ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Barros, L. P., & Kastrup, V. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In Passos, E, Kastrup, V., & Escossia, L. (Orgs.), *Pistas do método da cartografia – Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52–75). Porto Alegre: Sulina. Recuperado em 08 janeiro, 2019, de <https://www.editorasulina.com.br/img/sumarios/473.pdf>
- Barros, R. B., & Passos, E. (2004). Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, (19–20), 159–171. Recuperado em 25 dezembro, 2018, de http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120823Cl%C3%ADnica%20pol%C3%ADtica%20e%20as%20modula%C3%A7%C3%B5es%20do%20capitalismo%20-%20Eduardo%20Passos%20e%20Regina%20de%20Barros.pdf
- Brandão, I. R. (2012). *Afetividade e transformação social – Sentido e potência dos afetos na construção do processo emancipatório*. Sobral: Edições Universitárias.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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). *Diário Oficial da União*: 22/09/2017, Edição: 183, Seção: 1, Página: 68.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Chico Science, & Nação Zumbi. (1994) *Da lama ao caos*. Rio de Janeiro: Chaos. Recuperado em 14 janeiro, 2019, de <https://www.youtube.com/watch?v=f4Ptgb2HaXU&t=2618s>
- Conselho Federal da Psicologia. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 25 dezembro, 2018, de <https://site.cfp.org.br/publicacao/a-prtica-da-psicologia-e-o-ncleo-de-apoio-sade-da-familia/>
- Deleuze, G. (1996). *O mistério de Ariana*. Lisboa: Veja – Passagens.
- Escóssia, L., & Manguiera, M. (2005). Para uma Psicologia clínico-institucional a partir da desnaturalização do sujeito. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF, 17(1)*, 93–101. Recuperado em 25 dezembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v17n1/v17n1a07.pdf>
- Félix-Silva, A. V., Nascimento, M. V. N., Albuquerque, M. M. R., Cunha, M. S. G., & Gadelha, M, J. A. (2014). *A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica*. Natal: Edunp. Recuperado em 06 janeiro, 2019, de http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/a_tenda_do_conto_como_pratica_integrativa_de_cuidado_na_atencao_basica.pdf
- Freire, P. (2014). *Pedagogia do Oprimido* (56a ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1968).
- Góis, C. W. L. (2012) *Psicologia clínico-comunitária*. Fortaleza: Banco do Nordeste.
- Hur, D. U. (2013). Esquizoanálise e política: proposições para a Psicologia Crítica no Brasil. *Teoría y Crítica de la Psicología, 3*, 264–280. Recuperado em 25 dezembro, 2018, de <http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/111>

- Lancetti, A. (2016). *Clínica Peripatética* (10a ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Menezes, A. L. T., & Pinho, A. M. M. (2014). *A arte e a vivência na Psicologia Comunitária e na Educação Popular*. Curitiba: CRV.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2000). A construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 071–079. Recuperado em 25 dezembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>
- Passos, E., & Barros, R. B. (2003). *O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo*, 01–09. Recuperado em 25 dezembro, 2018, de <https://app.uff.br/slab/uploads/texto10.pdf>
- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção, *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, 17(3), 16–23. Recuperado em 11 janeiro, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>
- Pelbart, P. P. (2007). Elementos para uma cartografia da grupalidade. In: *Próximo Ato*. Itaú Cultural. Recuperado em 26 julho, 2020, de <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/elementos-para-uma-cartografia-da-grupalidade/view>
- Rauter, C. (2015). Clínica Transdisciplinar: Afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. *Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência*, 8(1), 45–56. Recuperado em 25 dezembro, 2018, de <http://tragica.org/artigos/v8n1/rauter.pdf>
- Rocha, M. L. d., & Aguiar, K. F. d. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 64–73. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932003000400010>
- Silva, G. S. N. (2013). A construção das vulnera(ha)bilidades masculinas: uma questão de saúde e violência. In Paiva, I. L., Bezerra, M. A., Silva, G. S. N., & Nascimento, P. D. (Orgs.), *Infância e Juventude em Contextos de Vulnerabilidades e Resistências* (pp. 153–173). São Paulo: Zagodoni.
- Simonini, E., & Romagnoli, R. C. (2018). Transversalidade e Esquizoanálise. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 24(3), 915–929. Recuperado em 13 julho, 2019, de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/18536/148>

Zourabichvili, F. (2004). *O vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Centro Interdisciplinar de Estudo em Novas Tecnologias e Informação.

Recebido em: 24/7/2019

Aprovado em: 9/8/2020

ⁱ Esses conceitos pertencem ao arcabouço teórico-metodológico da psicanálise clássica freudiana e lacaniana e não poderão ser melhor desenvolvidos no presente trabalho tendo em vista o escopo desse artigo.

ⁱⁱ Essa metodologia foi aprendida a partir do Coletivo Regional de Estudantes de Psicologia do Norte e Nordeste (COEREP N/Ne) e seus eventos organizados, entre eles os Encontros Regionais de Estudantes de Psicologia do Norte e Nordeste (EREP N/Ne).

ⁱⁱⁱ Inicialmente, a fórmula dos Florais de *Saint Germain* utilizada foi a ‘Fórmula Emergencial’, buscando uma intervenção pontual para reorganização vibracional das(dos) que ali se encontravam. Posteriormente, acrescentou-se à fórmula anterior a essência ‘Sorgo’, facilitando o trabalho em coletivo. Mais informações disponíveis em: <http://www.fsg.com.br/>