

# ESCUTAR NO CONTRATEMPO: CARTOGRAFIA DO DEVER-PSICÓLOGA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

LISTENING IN THE OFFBEATS: THE CARTOGRAPHY OF THE BECOMING-PSYCHOLOGIST BASED ON A INTERNSHIP EXPERIENCE AT A FAMILY HEALTHY UNIT IN THE CITY OF JOÃO PESSOA/PB

ESCUCHAR EN EL CONTRATIEMPO: CARTOGRAFÍA DEL DEVENIR-PSICÓLOGA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE PASANTÍA EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA EN EL MUNICIPIO DE JOÃO PESSOA/PB

## Taysa Rebeca de Oliveira Silva

- Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba.
- E-mail: taysarebeca@outlook.com.

## Laura Gabryelle Fernandes de Medeiros

- Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba.
- E-mail: lauramedeiros@hotmail.com

## Ana Clara Monteiro da Costa

- Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba.
- E-mail: costanaclara140@gmail.com.

## Bárbara Pessoa Lima

- Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba.
- E-mail: barbarapeslima@gmail.com.

## Alessandra do Nascimento Costa

- Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba.
- E-mail: alehncosta@gmail.com.

## Anselmo Clemente

- Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba.
- E-mail: anselmo.clemente1@gmail.com.

## RESUMO

Esta pesquisa analisa as vivências de uma pesquisadora-estagiária durante seu estágio curricular supervisionado em Psicologia em uma Unidade de Saúde da Família em João Pessoa/Paraíba, destacando como as interações no serviço influenciam o processo formativo e a produção do cuidado. Utilizando uma abordagem qualitativa, foram empregados os métodos da cartografia e análise de implicação. A coleta e análise de dados se basearam em diários cartográficos e encontros de processamento do vivido, explorando o movimento de transformação mútua entre pesquisador e campo. A conclusão indica que percursos formativos desta natureza exigem uma avaliação constante acerca dos discursos e práticas em funcionamento, garantindo que as ações e decisões estejam alinhadas à garantia de direitos, integralidade e transversalidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Psicologia; Esquizoanálise; Análise Institucional.

## ABSTRACT

This research analyzes the experiences of a trainee-researcher during her supervised curricular internship in Psychology at a Family Health Unit in João Pessoa/Paraíba, highlighting how interactions in the service influence the training process and the production of care. Using a qualitative approach, the methods of cartography and implication analysis were employed. Data collection and analysis were based on cartographic diaries and meetings to process what was experienced, exploring the movement of mutual transformation between researcher and field. The conclusion indicates that training courses of this nature require constant evaluation of the discourses and practices in operation, ensuring that actions and decisions are aligned with the guarantee of rights, integrity and transversality of care.

**Keywords:** Primary Health Care; Psychology; Schizoanalysis; Institutional Analysis.

## RESUMEN

Esta investigación analiza las experiencias de una estudiante-investigadora durante su pasantía curricular supervisada en Psicología en una Unidad de Salud de la Familia en João Pessoa/Paraíba, destacando cómo las interacciones en el servicio influyen en el proceso de formación y en la producción de cuidados. Utilizando un abordaje cualitativo, se emplearon los métodos de cartografía y análisis de implicación. La recolección y el análisis de los datos se basaron en diarios cartográficos y reuniones para procesar lo vivido, explorando el movimiento de transformación mutua entre investigador y campo. La conclusión indica que los programas de formación de esta naturaleza requieren una evaluación constante de los discursos y prácticas en funcionamiento, asegurando que las acciones y decisiones estén alineadas con la garantía de los derechos, la integralidad y la transversalidad del cuidado.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Psicología; Esquizoanálisis; Análisis Institucional.

## INTRODUÇÃO

Na década de 70, em contraposição à lógica biomédica, mecanicista, individualizante e excludente que domina o campo da saúde, tem-se o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRS). O Movimento trazia a proposta de, para além de oferecer uma crítica ao paradigma dominante, democratizar o acesso e revolucionar a assistência, partindo da compreensão da relação entre saúde e condições de vida e da sua garantia enquanto responsabilidade do Estado (Paim, 2008; Souto; Oliveira, 2016).

Tais movimentações, desde a difusão da concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), proveniente da Conferência de Alma Ata em 1978, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, incidiram como marcos que viriam a culminar na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CFP, 2019). Na ocasião da referida Conferência, mediante os ares da recente redemocratização do país, contou-se pela primeira vez com a força da participação popular. Esse envolvimento, possibilitou a discussão e a aprovação de pressupostos como a concepção ampliada de saúde, que passa a ser considerada a partir dos seus determinantes sociais, econômicos e da articulação com estas respectivas políticas. Para além dessa, também foram discutidos a participação da sociedade no gerenciamento dos serviços públicos de saúde e o delineamento dos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e hierarquização dos serviços, fundamentais ao SUS (Dimenstein, 1998).

Por conseguinte, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). O SUS foi instituído e dois anos depois passou a ser implementado. Após algumas experimentações precursoras, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem-se, em 1994, o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF). Todavia, consoante ao que é explicitado pelo Conselho Federal de Psicologia, além da conservação de uma perspectiva biomédica e hospitalocêntrica, a assistência oferecida pelos PSFs neste período seguia pautada na oferta de um cuidado simplificado, isto é, distante da complexidade do território e limitada a uma abordagem curativista para as pessoas em maior vulnerabilidade socioeconômica (CFP, 2019).

Desta feita, em 1997, a Atenção Básica à Saúde<sup>1</sup> (AB) foi legitimada enquanto nível de atenção, por meio do lançamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A nova configuração propunha uma transformação do modelo assistencial, pautada na integração das ações realizadas pelos diferentes serviços de saúde e na criação das Unidades de Saúde da Família (USF). As USF seriam, então, designadas a construir o cuidado por meio de uma centralidade voltada às relações intra e extrafamiliares, ao ambiente no qual se vive e aos modos de vida que os sujeitos concretos ali desenvolvem (Brasil, 1997), resultando num panorama mais abrangente do processo saúde-doença.

É válido ressaltar que, desde os delineamentos iniciais até a atualidade, é perceptível a disparidade entre o que foi posto em Lei, no sentido de assegurar o direito universal à saúde, e o que de fato se traduz em ações de cuidado à população. As dificuldades para implementação do SUS, em conformidade com suas diretrizes e princípios, são complexas e multicausais. Cabe citar, por exemplo, o desfinanciamento, a hegemonia hospitalocêntrica, o domínio do setor privado da saúde, as forças e interesses presentes em cada momento político, as dificuldades em oferecer cobertura a um país de dimensões continentais, entre outros (Carnut; Ferraz, 2021; CFP, 2019). No entanto, é própria ao sistema a característica de atualização, isto é, de um movimento constante na tentativa de desenvolver novas configurações e estratégias, de modo a estar mais próximo de cumprir-se conforme o preconizado.

Como demonstração da característica supracitada, tem-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) e a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004), juntamente com as diversas portarias do Ministério da Saúde, dentre as quais se destaca a, já revogada, Portaria GM/MS nº 154/2008, que instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008).

No que tange à composição das equipes de Saúde da Família (EqSF), inicialmente definiu-se um arranjo elementar formado por médica/o, enfermeira/o, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários/os de Saúde (ACS). No entanto, foi previsto que outras/os profissionais poderiam ser incorporados às EqSF a depender da demanda. Desse modo, gradualmente passaram a compor o quadro

---

1 Numa tentativa de diferenciação ideológica, o MRS optou pela adoção nacional do termo Atenção Básica à Saúde em substituição à APS (Giovanela, 2018), neste trabalho seguiremos a mesma defesa.

multiprofissional: dentistas, auxiliares de saúde bucal, agentes de combate a endemias, entre outras/os trabalhadoras/es (Brasil, 1997).

Com a criação do NASF, em 2008, um escopo ainda mais amplo de áreas do conhecimento foi convocado para compor as chamadas equipes de apoio. Profissionais como assistentes sociais, educadoras/es físicas/os, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticas/os e psicólogas/os passaram a atuar de forma integrada às EqSF, por meio de ações compartilhadas e do apoio matricial, a fim de expandir a abrangência e a resolubilidade das ações da AB (Brasil, 2008). Assim, o fortalecimento direcionado ao trabalho multiprofissional e transdisciplinar configurou-se como um importante passo em direção à garantia da integralidade do cuidado, na medida em que denota uma “busca metodológica de apoio ao trabalho com fenômenos que não poderiam ser açambarcados apenas com a lógica médica constituída” (CFP, 2019, p. 27).

A implantação do NASF permitiu uma entrada expressiva de psicólogas/os na AB, integrando a área de apoio à saúde mental juntamente com terapeutas ocupacionais e psiquiatras. Essas/es profissionais foram, então, convocadas/os a ampliar sua atuação por meio da realização do apoio matricial, com o objetivo de “aumentar a capacidade das [EqSFs] em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las aos demais pontos da rede assistencial” (BRASIL, 2010, p. 36). Dessa forma, houve um investimento no sentido de possibilitar que a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial relativas aos transtornos mentais fossem realizados desde a APS, por meio do cuidado ofertado no território e da articulação intersetorial.

Destarte, a inserção da Psicologia na AB inaugurou um modo de atuação e de relação com o trabalho (CFP, 2019), tornando necessária a construção de uma nova clínica, ancorada às diretrizes do SUS, à proposta da USF e à garantia de direitos. Essa clínica é operacionalizada por meio do compartilhamento do cuidado, da interprofissionalidade, da transdisciplinaridade e da articulação em rede, com um olhar voltado para o território e para as relações ali desenvolvidas. Além disso, considera uma abordagem que não suporta a mera transposição de teorias e sistemas psicológicos, de modo que precisa ser construída em ato, visando compreender ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, com o objetivo de potencializar a produção de vida.

No entanto, com a mudança da gestão do governo federal ocorrida em 2019, a saúde pública foi fortemente prejudicada. Dentre os inúmeros desmontes, destaca-se a alteração do modelo de financiamento da AB por meio da adoção do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019), seguida pelo fim do NASF, em decorrência do lançamento da Nota Técnica N° 3/2020 pelo Ministério da Saúde, que decretava a extinção do incentivo financeiro ao programa, bem como o encerramento da possibilidade de credenciamento de novas equipes (Santana *et al.*, 2022). Tais medidas provocaram a desestruturação da AB, constituindo um retrocesso ético-estético-político e, sobretudo, prático, no que se refere à descontinuação do cuidado qualificado que a USF buscava construir junto àqueles que o tinham por direito.

A partir de 2023, com a chegada do atual governo federal, houve uma movimentação na tentativa de resgate da caracterização da AB. Assim, foram empreendidas iniciativas como a retomada, em um novo formato, das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) (Brasil, 2023), além da revogação do Previne Brasil através da Portaria GM/MS N° 3.493/2024 que prevê um novo modelo de financiamento à AB (Brasil, 2024). Todavia, ainda há um longo caminho de reparação dos prejuízos ocasionados pelos anos de desmonte e, para tanto, se fazem necessárias mais ações políticas, principalmente no que tange aos governos municipais, considerando que são esses os responsáveis diretos pela gestão da AB.

No Município de João Pessoa/PB a RAS está dividida territorialmente em cinco Distritos Sanitários, responsáveis por gerenciar o cuidado e garantir o acesso das/os usuárias/os<sup>2</sup> aos serviços, desde as ofertas de média e alta complexidades, gerenciadas através da Atenção Especializada, até a entrada no sistema e o acompanhamento longitudinal, articulados pela AB. Atualmente, a rede municipal conta com 94 USFs distribuídas entre os distritos, nas quais estão presentes 203 EqSFs. Em consulta à plataforma ElastCNES (Ministério da Saúde, 2024), obteve-se a informação de que até agosto de 2024 haviam 20 equipes eMulti cadastradas no município, contando com a presença de 20 profissionais da psicologia distribuídos entre 15 delas.

---

2 A utilização do termo “usuárias”, no feminino, é priorizada ao longo do texto com o objetivo de enfatizar o fato de, no decorrer da experiência relatada, o quantitativo de mulheres que frequentaram o serviço foi expressivamente maior que o número de pessoas do gênero masculino.

Entretanto, ao longo do período de vigência do estágio, a USF definida como campo de atuação enfrentava ainda as consequências da ausência do NASF, do Previne Brasil, e do atraso na implementação das equipes eMulti. O contexto descrito gera uma série de dificuldades no cotidiano do serviço, além de representar um forte agravo ao constante desafio que é a garantia do cuidado.

Neste estudo, nos acostamos no movimento institucionalista, reconhecendo sua base teórica e suas importantes contribuições ao campo da Saúde Coletiva brasileira, com destaque para a Esquizoanálise, proposta por Deleuze e Guattari (2007), e para a Análise Institucional, de René Lourau (1993). De acordo com Guizardi, Lopes e Cunha (2015), o institucionalismo não se apresenta como uma disciplina teórica homogênea e estruturada, mas como um movimento que integra diferentes correntes, cada uma com suas perspectivas particulares, caracterizadas pela diversidade de abordagens e tendências.

Distanciando-se do senso comum que associa o termo instituição à ideia de estabelecimento, o conceito refere-se a um movimento dinâmico e interdependente entre o instituído, o instituinte e a institucionalização. O instituído representa o *status quo*, gerando certa estabilidade. O instituinte, por sua vez, é o movimento de ruptura com o que está consolidado. A institucionalização, por fim, é o próprio devir, o resultado ou tendência que emerge dessa tensão entre o instituído e o instituinte (Lourau, 1993).

É nesta mesma direção, na aposta na valorização de um espaço que se constitui entre a/o pesquisadora/pesquisador e o contexto de intervenção, que o movimento institucionalista propõe o conceito-ferramenta de implicação (Romagnoli, 2014). Para Análise Institucional, todos nós estabelecemos relações com as instituições que nos atravessam, e essa relação é reconhecida pelo conceito de implicação. Contudo, como nos informa Monceau:

*O indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não. [...] Não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento. [...] Então, podemos dizer que a implicação existe mesmo que não a desejemos. Trata-se, pois, de analisar mais o modo de implicação do que sua existência (2008, p. 21-22).*

Analisar as implicações seria então o processo de investigar as “formas” histórica e socialmente instituídas pelas quais a/o pesquisadora/pesquisador é atravessada/o e que se atualizam no contato com o serviço, sem a necessidade de classificá-las enquanto boas ou ruins, mas antes buscando compreender suas diferentes manifestações e efeitos na intervenção (Rezio; Conciani; Queiroz, 2020). Nesse sentido, com base na compreensão de Barbier (1985), Borges e Silva (2020) fazem uma releitura contemporânea e propõem três dimensões nas quais a implicação se manifesta: psicoafetiva ou libidinal – concernente ao desejo em sua concepção social; histórico-existencial ou ideológica – relativa às crenças produzidas a partir da existência social dos sujeitos; e estrutural-profissional ou organizacional – que se articula “à base material e temporal nas quais o sujeito se encontra inserido” (Borges; Silva, 2020, p.3). Entretanto, as três dimensões mencionadas estão intimamente ligadas e influenciam-se mutuamente.

Dentro dessa perspectiva, pesquisas que investigam a transformação mútua decorrida do encontro entre pesquisadora/pesquisador e campo possuem relevância social na medida em que reiteram a problematização a respeito da neutralidade científica (Abrahão *et al.*, 2014). Desse modo, possibilitam, por um lado, a desnaturalização de práticas e discursos que operam em prol da reprodução de modelos de controle e da manutenção de injustiças sociais, e, por outro, a invenção, multiplicação e fortalecimento de práticas que contribuem para a autonomia, produção de vida e transformação social.

Peranteoexposto, busca-se analisar as vivências de uma pesquisadora-estagiária durante seu estágio curricular supervisionado em Psicologia em uma Unidade de Saúde da Família em João Pessoa, considerando também seu encontro com um grupo de extensão universitária e pesquisa que tem por objetivo apoiar as práticas de cuidado nas RAS e rede intersetorial.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, para a qual utilizou-se o método cartográfico, aprovada



pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba - UFPB sob o número de parecer 7.033.827 e com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 78449624.1.0000.5188.

Compondo a perspectiva esquizoanalítica, que articula saberes e práticas transdisciplinares para analisar a micropolítica das relações desejantes e de poder, a cartografia promove um desvio das metodologias então instituídas ao abster-se da representação de formas e objetos, na busca por investigar o processo inventivo de transformação mútua que decorre do encontro entre pesquisadora/pesquisador e campo de estudo (Kastrup, 2007; Rolnik, 2016). Assim, constitui-se como “um mapeamento [aberto e processual] que produz a realidade e não meramente a representa” (Hur, 2021, p. 5) e mediante o qual são delineadas pistas a fim de que a experiência possa ser coletivizada (Kastrup, 2007).

A presente produção desenvolve-se a partir da experiência de uma pesquisadora-estagiária de Psicologia, no cenário de uma USF localizada em um bairro periférico do município de João Pessoa, bem como da participação em um grupo universitário de extensão e pesquisa, intitulado “[omitido para submissão anônima]”, que oferece apoio às práticas do estágio. Nesse sentido, partindo do referencial teórico esquizoanalítico e da análise institucional (Deleuze; Guattari, 2007; Lourau, 1993; Romagnoli, 2014), buscou-se cartografar, isto é, acompanhar e levantar pistas acerca do processo de tornar-se psicóloga em contato com referidas inserções e atenta às implicações daí decorrentes.

O encontro com o campo e a produção da presente pesquisa se deu entre dezembro de 2023 e setembro de 2024. O cenário de atuação se configura como uma USF Integrada, constituída por três equipes que atendem a três porções distintas do território adscrito. Entre as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde pontua-se a realização de acolhimento psicológico individual, atuação em ações voltadas para promoção, prevenção e vigilância em saúde, participação em reuniões de equipe, realização de visitas domiciliares, interconsultas, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), além da organização e mediação de um grupo terapêutico.

A investigação cartográfica compreendeu, enquanto instrumentos de coleta

e análise de dados: (a) os registros em Diários Cartográficos (Slomp Junior *et al.*, 2020), que se configuram como uma reinvenção dos Diários de Campo para o exercício da cartografia. Esse recurso permite uma escrita processual e intuitiva, capaz de abarcar múltiplas vozes, com uma abertura temporal multifacetada. As anotações são atualizadas conforme o processamento do vivido, e não apenas no momento específico da apreensão, o que torna possível a construção de um relato vivo e dinâmico; e (b) os encontros de processamento (Slomp Junior *et al.*, 2024), que ocorriam semanalmente entre as/os estagiárias/os e as/os demais participantes do grupo [omitido para submissão anônima]. Esses encontros tinham como objetivo, através da exposição e acolhimento do vivido, dentro de um coletivo, qualificar o trabalho realizado, dar visibilidade às afecções despertadas pela imersão em campo e produzir uma narrativa múltipla (Slomp Junior *et al.*, 2020). Desta feita, para analisar as pistas levantadas e coletivizar o processo cartográfico apreendido por meio dos instrumentos mencionados, foram produzidos planos de discussão, ou platôs de intensidade, conforme propõem Deleuze e Guattari (2007).

## I PLATÔ - ESCUTAR NO CONTRATEMPO

Ao assumir enquanto ética do cuidado uma direção contrária à hegemonia do tecnicismo, produz-se um fazer que, em suas nuances, muito se aproxima do fazer artístico nos seus aspectos inventivo, disruptivo, esquivo e de possibilidades de “problematização das dimensões do real” (Santos, 2022, p. 108). Nesse sentido, apresenta-se o movimento de povoar de referências artísticas ou, conforme aqui demonstrado, de paisagens sonoras, o território de atuação e a “caixa de ferramentas” (Foucault, 1979).

Deleuze e Guattari apropriam-se de um conceito proveniente da música, o ritornelo, para compor o pensamento esquizoanalítico. Ritornelo na acepção engendrada pelos autores diz de um agenciamento que, através da diferença rítmica, produzida pela repetição, acolhe e organiza um território existencial (Deleuze; Guattari, 2007).

Musicalmente, o contratempo é um elemento relacionado ao ritmo e ocorre quando o acento rítmico é colocado fora do tempo forte de uma métrica musical, criando um efeito de deslocamento, que confere complexidade e movimento à

composição (Musicart Escola de Música, 2024). No presente trabalho, o termo “contratempo” é empregado em decorrência da manifestação polissêmica que assume junto às pistas levantadas pelo trabalho cartográfico. Contratempo é, como busca-se nomear, um elemento a mais do ritornelo, produzido pela referida experiência de estágio em sua potência, desafios, atravessamentos e capturas.

Na trajetória formativa a ser narrada, o contato com os conhecimentos da Saúde Coletiva, da clínica ampliada e da perspectiva esquizoanalítica, bem como a possibilidade de atuação na AB, ocorreu apenas no final da graduação. Até então, a formação direcionava-se para a prática da psicologia clínica tradicional, uma vez que esse saber predominantemente circulava pelo curso.

*Os cursos de graduação, por sua vez, desempenham um papel fundamental na determinação de modelos de atuação extremamente limitados e inadequados à realidade sanitária do país. Eles valorizam demasiadamente o psicólogo enquanto profissional liberal, de maneira que essa representação constitui forte pólo de atração para os que buscam a profissão (Dimenstein, 1998, p. 76).*

No entanto, a aproximação com os novos campos de conhecimento e de atuação promoveu uma abertura ao horizonte de possibilidades do percurso formativo, uma expansão das redes de conexão, concomitantemente ao convite para experimentar e produzir em ato outros jeitos de fazer Psicologia.

Assim, no presente contexto, o termo contratempo, inicialmente, refere-se a essa psicologia não-hegemônica que traz seu acento rítmico fora do “tempo forte” da profissão. As marcações outrora instituídas e bem definidas são aqui, em certo sentido, dissolvidas, em decorrência do deslocamento de um modelo tradicional, neoliberal, tecnicista e individualizante, para uma prática que aposta na abertura ao devir e à experimentação. Esse novo fazer, tem como pressupostos o cuidado enquanto garantia de direitos, a integralidade e a transversalidade do cuidado e estende-se do chão da Unidade de Saúde por todo o território (Lima; Yasui, 2014).

Outrossim, a opção pelo verbo “escutar”, conforme aparece no título, suscitou questionamentos e reflexões. Uma vez que a escuta se configura como a parte mais

óbvia do fazer psicológico, a referida utilização poderia soar como uma reprodução do instituído, esvaziando seu sentido inventivo. Entretanto, frente ao exposto, a opção pelo termo “escutar” é sustentada ao passo em que se busca relacionar escuta e contratempo para indicar a direção potente na qual esta se dá.

A escuta cujo contratempo põe em funcionamento, liga-se à ideia de atenção cartográfica proposta por Kastrup (2007), na medida em que, concentrada e aberta, mobiliza todos os sentidos, sempre em processo, no intento de detectar as forças circulantes. Todavia, com a distinção de que, no contexto aqui apresentado, a “interferência dos compromissos da ação” (Kastrup, 2007, p. 20) se faz presente, considerando que há uma chamada à ação, a agir sobre o que é escutado, a gerir e analisar as demandas recebidas, com o propósito de qualificar os atendimentos. Ademais, um outro aspecto mobilizado pela escuta no contratempo é a possibilidade de que esta seja operada e processada em coletividade, tendo em vista que o compartilhamento do cuidado é uma das estratégias da PNH (Brasil, 2004).

Diante do entendimento de que a assistência construída junto às/aos usuárias/os influi sobre os modos de subjetivação, a busca por relações transversais e pela qualificação do atendimento produz a necessidade de uma constante avaliação acerca dos efeitos dessas ofertas, sua eficácia e potência, com a intenção de que as decisões tomadas sigam contribuindo para a expansão da vida (Machado; Lavrador, 2010). Para tanto, concebe-se o cuidado através da noção de dispositivos. Hur, citando Deleuze, aponta que o dispositivo seria um agenciamento de três linhas,

*Uma máquina de produção de subjetivação, atravessada por linhas de saber e poder. O dispositivo pode ser entendido como uma máquina de produção de discursos e de ações-relações, em que se faz “falar” e se faz “ver”, produzindo enunciações, visibilidades distintas, acontecimentos e modos de ser (Hur, 2012, p. 21).*

Nesta direção, para que se esteja mais próximo de colocar em funcionamento uma clínica à altura da vida, os dispositivos de cuidado são elaborados com base nas demandas e nos encontros, estando sempre em movimento, sendo avaliados, dissolvidos e reinventados, com atenção para que não paralisem e mantenham-se potentes.

Assim, no contexto da USF, a escuta assume duas manifestações distintas, porém fortemente relacionadas e sobrepostas. A primeira surge enquanto uma ética de acolhimento que permeia todo o conjunto de atividades desenvolvidas durante o estágio, circulando desde as visitas domiciliares até as reuniões de equipe, ações de saúde e Clínica da Recepção. Refere-se à abertura e disposição aos acontecimentos que nos são comunicados, confiados e/ou percebidos, de modo que possibilita uma apreensão cartográfica das forças presentes na USF e no território, no sentido de captar como se processam os modos de vida e de produção de saúde.

Através da manifestação mencionada pôde-se perceber aspectos como a sobrecarga e demais questões relativas à saúde das/os trabalhadoras/es do serviço, a recorrência de profissionais da equipe que dirigiam-se às/aos estagiárias/os de Psicologia em busca de atendimento individual, os pontos de fragilidade da assistência, os modos de adoecimento das/os moradoras/es do território, os dispositivos sociais frequentados por estas/es, bem como, a insuficiência deles naquela região.

A segunda manifestação, a escuta psicológica individual enquanto dispositivo de cuidado, surge como uma invenção para responder a uma demanda do contexto. O principal desafio emergido desse fazer foi o de permanecer potente, operando no contratempo, sem que se cristalizasse ou fosse capturado pelo fazer hegemônico. Tendo a Psicologia adentrado a sala de atendimento, como é possível deslocar-se dela e continuar em movimento?

Como eventuais respostas a esse questionamento, tem-se as muitas avaliações, invenções e reinvenções às quais o dispositivo foi submetido desde a sua inauguração. De início, destaca-se o fato de a escuta ser realizada por uma dupla de estagiárias/os, modelo surgido devido a uma indisponibilidade de salas na Unidade. A partir dessa experimentação, a configuração agenciou novos propósitos na medida em que ofereceu mais confiança para que estagiárias/os e extensionistas iniciassem suas práticas, possibilitando o cultivo da interprofissionalidade, a coletivização da prática e o compartilhamento do cuidado — pressupostos que compõem o SUS, além de garantir a segurança das/os usuárias/os.

Outro aspecto facilitado pela escuta em dupla foi a criação de uma alternativa

à relação dicotômica entre psicóloga/o e paciente, pois a ocorrência de uma tríade, disposta numa espacialidade triangular, favoreceu a manifestação de relações e cuidados mais transversais. A abertura à invenção mobilizada no referido contexto conecta-se com a dimensão transdisciplinar da clínica, uma vez que, de acordo com Passos e Barros (2000), o que se coloca em jogo não é a aplicação de uma nova técnica ou um novo modismo, mas a formação da clínica enquanto um sistema aberto, com “potência de se criar e recriar a cada instante” (p. 71). Desse modo, a/o profissional da Psicologia, para além de criar elementos de passagem de um território a outro, configura-se ela/e própria/o como uma/um intercessora/intercessor, produzindo agenciamentos “a partir da polifonia dos regimes de signos que se atravessam” (p. 78).

A dimensão transdisciplinar da clínica, em composição com o fazer cartográfico, permite uma certa cartografia epidemiológica dos modos de vida no território. Em suma, uma extrapolação de aspectos das vivências comunicados no contexto da escuta individual para a produção de um levantamento de pistas acerca das potências e desafios, das maneiras de adoecer e de produzir saúde que se repetem e se coletivizam entre a população acompanhada pela USF. A partir disso, faz-se possível a proposição de dispositivos e intervenções que atuem no plano da coletividade, numa tentativa de desindividualizar a assistência.

Como exemplo da atuação mencionada, teve-se a identificação, mediante as demandas endereçadas pela equipe da USF à escuta individual, de uma expressiva recorrência de mulheres de meia-idade em sofrimento psíquico, nomeado através dos diagnósticos de ansiedade e/ou depressão. Essas mulheres estavam fazendo uso de psicofármacos e traziam, como desencadeadores do sofrimento, a exaustão e a ausência de saídas frente à sobrecarga produzida pelo trabalho de cuidado e doméstico que precisavam desempenhar.

Desta feita, construiu-se um dispositivo grupal a fim de possibilitar o encontro entre usuárias que apresentavam os referidos atravessamentos. Apesar do que se mostrava de comum entre as vivências, houve a busca por não as homogeneizar. Uma vez que a aposta no grupo se dá na direção de que, mediante o contato com a diferença, com a multiplicidade e com a/o outra/o, as identidades dissolvem-se e recompõem-se, propiciando a emergência de novas saídas e sentidos a partir das

conexões estabelecidas entre as participantes (Barros, 1996).

Conforme pontuado pela autora, a experiência com grupos proporciona:

*Um deslocamento de espaço de vivência das angústias, fundamentalmente experimentadas como individuais. Poder penetrar no campo dos fluxos, acompanhar seus agenciamentos, sempre coletivos, permite-nos intervir por remetimento a esta ordem coletiva/múltipla e não aos “sujeitos”, seus fantasmas e histórias privadas. Isto vai criando o contato com os outros-de-si, pré-individualidades ainda informes, vão se abrindo canais de contato com o coletivo que somos (Barros, 1996, p. 103).*

Não obstante, sendo a hipermedicalização uma das forças que atravessa a USF, a experiência grupal se dá como um exercício de resistência que aponta em direção à integralidade, com o propósito de que o cuidado ultrapasse o sentido reducionista da prescrição medicamentosa. Como apontado na fala de uma das usuárias, a medicação possibilita, em meio ao sofrimento, a continuação da produtividade, ou seja, que os afazeres sejam mantidos, apesar da exaustão, da captura e da perda de potência. O grupo, por outro lado, permitiria o tensionamento, o acolhimento e a circulação desses afetos, inicialmente experimentados como individuais, mas que, conforme o desenvolvimento das conexões, passam a compor um plano coletivo.

O segundo sentido assumido pelo contratempo nesta escrita refere-se às adversidades enfrentadas no decorrer da experiência. Efetivamente, o termo “contratempo” me ocorreu relacionado à prática do estágio, pela primeira vez, após um turno de atendimentos no qual as escutas foram interrompidas inúmeras vezes devido a pessoas -tanto usuárias/os, quanto profissionais da equipe - batendo à porta.

Na conjuntura da prática aqui relatada, o *setting* é sempre peripatético, porquanto, além de não possuir um local fixo, pois a sala de atendimentos se movimentava conforme a disponibilidade ou indisponibilidade do serviço, era preciso ainda que acompanhasse as movimentações do entorno. Fosse pela falta de isolamento acústico — os sons das conversas entre outras pessoas, os molhos de chaves que misteriosamente começavam a ser balançados com a proximidade do fim do horário de funcionamento da Unidade — ou ainda, a recorrente interrupção dos

atendimentos por profissionais em busca de objetos deixados na sala.

As situações mencionadas atuam como analisadores, uma vez que, explicitam as instituições presentes no serviço (Paulon, 2005). Inicialmente, tem-se a ausência de infraestrutura compatível com o processo de trabalho, de cuidado e de produção de saúde, não somente no que diz respeito aos atendimentos da Psicologia, mas em relação a todas as atividades e práticas ali desenvolvidas. Pois, apesar de estar sediada em uma edificação relativamente nova, a USF apresenta sérios problemas relacionados à infiltração e acúmulo de mofo, acarretando riscos à saúde das/os suas/seus frequentadoras/es. Frente ao exposto, “escutar no contratempo” assume o sentido de sustentar a escuta/acolhimento como um movimento de resistência perante as adversidades.

Outro ponto mobilizado pelas situações acima elencadas foi a dificuldade em relação à garantia do sigilo. Além da ambiência não favorecer este aspecto, os modos como se organizam as relações no contexto de saúde da família produzem desafios específicos à prática, na medida em que as/os profissionais ou estudantes de Psicologia precisam movimentar-se sobre a tênue linha que separa o asseguramento do sigilo e o compartilhamento do cuidado. Desse modo, sobretudo em relação às situações de registro dos atendimentos nos prontuários e da comunicação dos casos nas reuniões de equipe, surgia o desafio de como compartilhar elementos suficientes para que as/os demais profissionais conseguissem compreender o que se passava com a/o usuária/o, mantendo a cautela de não expor informações sensíveis, confiadas somente ao contexto da escuta.

É válido mencionar ainda um obstáculo caracterizado pela ausência de profissionais da Psicologia na composição da equipe da USF desde o desmonte do NASF. Conjuntura que impacta diretamente a construção e qualificação do cuidado integral junto às/aos usuárias/os e dificulta a prática do estágio. Pois a Psicologia, ali enunciada pelas/os estagiárias/os, precisou fazer-se peripatética e operar um contratempo por, a princípio, não ter lugar, não estar respaldada junto à equipe e pela dificuldade de contratualizar com algumas/uns das/os profissionais.

As tentativas de oferecer apoio e compor o cuidado foram, por vezes, ignoradas frente ao fazer instituído. A prática, que inicialmente partira de um “não-lugar”, foi paulatinamente sendo convidada a assumir uma posição hegemônica, sinalizada



pelas numerosas fichas de encaminhamento que nos chegavam para o atendimento de escutas individuais. Muito embora, nossa aposta se desse no sentido de estabelecer uma comunicação direta com as/os profissionais da equipe e realizar atendimentos compartilhados sempre que possível.

Ao processarmos coletivamente as experiências supracitadas, compreendemos que, apesar da equipe inicialmente apresentar alguma resistência em trabalhar conjuntamente ao estágio, nossa inserção no serviço foi rapidamente vinculada a uma demanda presente e que, assim como a Psicologia, encontrava-se “sem lugar”. Essa demanda é caracterizada pela busca de atendimento por sujeitos, em sua maioria, mulheres, que sofrem e adoecem por serem “forçados[as] a interiorizar os efeitos subjetivos” (Fortunato; Galeno; França, 2022, p. 76) das opressões do seu tempo, da lógica de controle capitalista.

Entretanto, em vistas do seu funcionamento territorial e longitudinal, a AB pode oferecer uma espécie de visão privilegiada em relação aos modos de vida que acompanha, por estar mais próxima das/os usuárias/os. Assim, através da constante análise das demandas recebidas e das ofertas possíveis, devir-psicóloga na USF é apostar na produção de um cuidado que, a partir do encontro com as/os usuárias/os e de uma compreensão mais ampla dos processos de subjetivação (Sundfeld, 2010), contribui para a construção de linhas de fuga e reterritorializações, promoção de autonomia, fortalecimento da comunidade e apoio à produção de vida em sua multiplicidade e potência. Distanciando-se da reprodução de práticas que versem sobre a moralização e medicalização da vida (Sundfeld, 2010).

Outrossim, enquanto o distanciamento marcado entre profissionais e estudantes por vezes dificultou a construção do cuidado junto à equipe, o grupo [omitido para submissão anônima] — e, mais especificamente, sua frente de trabalho vinculada à USF, composta por estagiárias/os e extensionistas de psicologia — operou como o coletivo possível. Nesse sentido, buscava-se, através do apoio mútuo, compartilhar e processar as experiências e os desafios da inserção no cenário, explorando as implicações, construindo arranjos, gerenciando e qualificando as ofertas. Além disso, emulava-se um processo de intersetoriação para possibilitar que os tensionamentos acarretados pelo estágio fossem suportados e que aqueles corpos, atravessados pelos

muitos devires de uma nova prática, pudessem resistir conjuntamente frente às tentativas de captura e seguir operando uma clínica potente.

No processo de avaliação das demandas endereçadas ao estágio, uma importante posição assumida pelo coletivo foi a de sustentar o cuidado qualitativo em detrimento do quantitativo de encaminhamentos recebidos. A decisão ocorreu mediante a identificação da formação de uma fila de espera para o atendimento de escutas individuais, que dava notícias da extensão da demanda para a qual anteriormente não havia lugar e que, com a nossa chegada, nos havia sido endereçada. A partir disso, compreendemos que seria necessário priorizar a continuidade do atendimento das/os usuárias/os que já haviam sido acolhidas/os e estavam em acompanhamento, ao invés de, num esquema que se assemelha a uma linha de produção, ceder à realização de um elevado número de novos atendimentos para os quais não seria possível ofertar um cuidado qualificado.

A terceira acepção do contratempo no presente contexto, liga-se a um forte atravessamento pessoal, porém coletivo, do percurso aqui relatado, que é o desafio de devir psicóloga concomitantemente ao exercício da maternidade, isto é, enquanto de venho mãe. Aqui, o contratempo é deslocado do seu emprego original e recebe o sentido de dividir-se — ou multiplicar-se — em vários tempos. Na conciliação desses “fazeres”, o acento rítmico varia de acordo com a atividade que está sendo desempenhada a cada momento, produzindo uma composição complexa, por vezes frenética e carregada de sobreposições.

O devir-mãe que atravessa esta experiência teve início em meados da graduação, após a gestação e o nascimento do meu filho, momento a partir do qual muitos movimentos ocorreram na tentativa de suportar a desterritorialização suscitada. A princípio, ele é vivenciado como um convite — um tanto inquisitivo — à abertura, à experimentação, à circulação dos afetos, à deflagração e dissolução dos microfascismos que nos habitam.

Maternar pode ser uma experiência revolucionária, de aprender junto, aprender com criar desvios e novas possibilidades de existência para os mundos nos quais, nesta relação, em grande medida, se é porta-voz, ou, para os novos mundos fundados pela força instituinte que a criança põe em funcionamento.

Este cenário, pleno de potência, é recorrentemente capturado pelos dispositivos de controle, seja através da carga abissal de trabalho doméstico e de cuidado que implica, da desigualdade de gênero, da desigualdade social, do isolamento que a vida urbana acarreta às famílias — esgotando suas possibilidades de aldeamento e de vida em comunidade — ou dos tantos outros percalços possíveis.

O ambiente acadêmico tradicionalmente se configura incompatível com a realização do trabalho reprodutivo (Ferreira; Borges, 2023; Vieira; Souza; Rocha, 2019). No entanto, quando o corpo encontra algum suporte para apostar em permanecer, surge a vivência de ser atravessado por uma alta quantidade de demandas, pela sobrecarga e exaustão, bem como, pela sensação de insuficiência, tanto acadêmica quanto parental. Em meio a esse cenário, tendo já passado pelas muitas vicissitudes da trajetória de mãe-estudante, a chegada do estágio trouxe consigo o questionamento acerca de como encontrar espaço para constituir uma nova prática profissional e vivenciar simultaneamente essas duas importantes instâncias que me chamam à presença.

Devir-psicóloga é um processo que exige entrega, dedicação e disponibilidade de, para além de experienciar o que se produz dos encontros com o serviço e com as/os usuárias/os, processar e integrar o vivido. Nesse sentido, houve a descoberta de que é possível, sim, acolher mesmo quando me encontro cansada, pois o corpo encontra fôlego no contato e abertura a esses outros sujeitos e subjetividades que chegam buscando espaço para expressarem suas lutas. Este corpo que me é e ao qual essas histórias foram confiadas, sobretudo no que tange à experiência mencionada de acolher mulheres sobrecarregadas pelas demandas de cuidado, fortalecia-se no entrelaçamento das lutas em comum, ao ser colocado em contato radical com a dimensão de que os desafios, bem como, os caminhos possíveis para a resistência são, de fato, coletivos.

Acerca deste último aspecto do contratempo, é importante mencionar ainda a transição abrupta do acento rítmico entre os diferentes “tempos” operados. O movimento de retornar ao ambiente doméstico após um turno de atividades no estágio e prontamente ter que atender às demandas desse âmbito, assumindo a função de cuidado, interrompe o tempo de processamento das vivências e adia a necessidade de descanso, acarretando desafios e tensionamentos singulares.

Contudo, no dia posterior à ida à Unidade, ocorriam os encontros de processamento do grupo [omitido para submissão anônima], que possibilitavam a coletivização da experiência, a circulação dos afetos, o acolhimento das angústias e a construção do cuidado. Nesse sentido, a partir do contato com as multiplicidades ali manifestadas, verificava-se um fortalecimento produzido pelo coletivo e, por conseguinte, um aumento da disponibilidade interna para o trabalho proposto.

Em última análise, os tempos que compõem o ritmo e produzem contratempo ao deslocarseuacento, apesar de distintos, integram uma mesma composição. Semelhantemente, as diferentes pistas às quais o contratempo se relaciona na vivência aqui relatada, operam na composição de um mesmo território existencial em devir, o devir-psicóloga.

## II PLATÔ - DEVIR-PSICÓLOGA E AS TRÊS DIMENSÕES DA IMPLICAÇÃO

O contato com o fazer profissional que ocorre no final da graduação presentifica a virtualidade formativa. Em vistas dessa passagem, somos chamadas/os a tornarmo-nos psicólogas/os, isto é, a pôr em funcionamento uma prática mediante o encontro com o serviço, com as/os usuárias/os e as/os colegas. Processo que demanda elementos para além do que a formação instituída é capaz de fornecer.

Devir-psicóloga seria então um processo de aproximação sucessiva, a invenção de um novo território existencial que se movimenta e se refaz a partir dos encontros, das transformações mútuas decorridas do contato com o campo (Deleuze; Guattari, 2007). Desterritorializar-se enquanto estudante, para reterritorializar-se profissional-em-devir.

A entrada no serviço ocorreu por duas vias. Precedentemente ao estágio, estive no campo enquanto participante do projeto de extensão que mantinha uma das suas frentes de atuação na USF. Assim, o contato inicial com o que viria a ser o campo de estágio se deu a princípio de forma remota, através das narrativas das/os colegas que realizavam seus estágios previamente no mesmo cenário e partilhavam suas vivências nos encontros de processamento.

Posteriormente, ainda na condição de extensionista, pude conhecer o campo —

tanto o prédio no qual a USF funciona, parte da equipe e algumas/uns usuárias/os, quanto parte do território ao qual assiste, mediante uma importante atividade de territorialização que, na companhia de um ACS, consistiu em andanças e observâncias — rastreio, toque, pouso e reconhecimento atento (Kastrup, 2007) pelo bairro. Essa atividade tornou possível experienciar, de corpo presente, um pouco do território vivo que ali se desenvolvia, certas movimentações e complexidades, os diferentes modos pelos quais é possível ocupar um mesmo espaço em sua multiplicidade, além do vínculo entre a comunidade e o ACS que, por onde passava, era calorosamente cumprimentado.

Dessa experiência, mantém-se fáceis à memória as imagens dos vários campos de futebol improvisados por todo o bairro — na praça, no anfiteatro, no terreno baldio — o bar que exibia na entrada uma imensa árvore de natal feita com garrafas de vidro; o senhor com quem tivemos uma rápida conversa e que compartilhou suas preocupações a respeito da iminente destruição que o jardim cultivado pela sua esposa sofreria em vistas da pavimentação da rua na qual moravam; além da visão do rio Jaguaribe que, naquele trecho, não distante de sua nascente, já se mostrava sufocado pela cidade. Paisagens que denotavam movimentos de sufocamento e de respiro, de captura e invenção, compondo a expressividade que marca o território.

No contratempo, a clínica que se produz é, em certa medida, territorial, pois opera a partir de um regime de indissociabilidade entre subjetividade e território. Buscando acompanhar os movimentos de desterritorialização e reterritorialização ali produzidos e empregar atenção à construção dos territórios existenciais (Lima; Yasui, 2014).

Nas subseqüentes visitas à USF foi possível, gradualmente, ter contato e alguma aproximação com as/os profissionais que compõem as equipes, bem como, entender melhor a dinâmica de funcionamento das três etapas. Nesse contexto, facilitado pelas reuniões de equipe e ações de saúde, pude visualizar a circulação das/os minhas/meus colegas, então estagiárias/os, dentro do serviço e inaugurar uma nova corporeidade das narrativas outrora escutadas, passando a compô-las também.

Mais adiante, em conjunto com uma colega estagiária, pude realizar minha primeira escuta psicológica. O momento de adentrar à sala, realizar o primeiro atendimento e, em um certo sentido, colocar à prova as “habilidades e competências

profissionais” adquiridas, não excepcionalmente, implica algum grau de expectativa na/o estudante de Psicologia. Recordo o esforço despendido para manter a escuta enquanto minha atenção vagava buscando os conhecimentos obtidos ao longo da formação. A pergunta que constantemente me ocorria era: qual conceito eleito para a caixa de ferramentas vai me ajudar a responder a isso? No entanto, as ferramentas dispostas até então mostravam-se ineficazes, no sentido da preparação do corpo para a abertura demandada pelo encontro com o outro que naquele momento se processava.

Foi um atendimento importante. A usuária, que já mantinha vínculo com a minha colega estagiária, trouxe o relato de uma situação agenciadora de grandes nós em sua vida, e verbalizada pela primeira vez. Em mim, esse encontro atualizou a dimensão da responsabilidade de ocupar aquele lugar e o questionamento acerca do que fazer frente ao sofrimento que ali nos fora confiado. Recordo do alívio propiciado por estar escutando em dupla, configuração inventada na nossa prática e que, no referido contexto, prestou significativas contribuições para a garantia da segurança das/os usuárias/os.

Com a finalização deste primeiro momento enquanto extensionista, houve a transição para o estágio, veiculadora de uma nova configuração de vínculo com o serviço, de demandas mais intensas e de uma abertura ainda maior à experimentação. O desenvolvimento de competências interprofissionais, sobretudo relacionadas à comunicação, foi um aspecto fundamental do processo, considerando que a prática da Psicologia na AB não está dada. É um fazer que precisa ser construído e negociado o tempo inteiro junto à equipe, tanto para que se construa parcerias em vistas de compor o cuidado, quanto para que a prática não seja capturada por um lugar hegemônico e incompatível com a proposta do serviço que não raramente lhe é relegado (Dimenstein, 1998).

Relativamente aos níveis de implicação, no que tange à dimensão libidinal (ou psicoafetiva), destacam-se situações outrora relatadas em sua ligação com o contratempo. Entre elas: a necessidade de gerenciamento do cansaço decorrente da conciliação entre o estágio e os compromissos da parentalidade; a negociação com o serviço e a decisão de não ceder ao quantitativo de encaminhamentos recebidos; bem como a insegurança e expectativa manifestadas a cada nova atividade realizada — a primeira visita ao serviço, a primeira escuta, a primeira interconsulta, a primeira

visita domiciliar, o encontro inaugural do grupo terapêutico, entre outras. Acerca da insegurança mencionada, à medida que a frequência, a repetição e o processamento das vivências ocorreram, o fazer foi, gradualmente, produzindo jeitos e adquirindo ritmos, de modo a tornar esse aspecto menos expressivo.

O acompanhamento longitudinal e territorial oferecido pela USF permite um certo deslocamento da impessoalidade mobilizada pela clínica tradicional e ensinada na graduação. Diante disso, outra implicação libidinal manifestada foi a surpresa e um certo desconforto em situações nas quais mostrou-se necessário, por exemplo, acolher duas pessoas da mesma família e ter contato com perspectivas distintas de histórias que se atravessam e se implicam, ou ainda, acolher pessoas em suas residências, como no caso das visitas domiciliares.

Ainda vinculada a esta dimensão, no desenvolvimento da escuta psicológica, apresentou-se como um desafio a necessidade de sustentar o acolhimento em momentos que as/os usuárias/os trouxeram falas violentas e preconceituosas. Nos encontros de processamento, abordou-se o fato de que, ao longo do curso, recebemos treinamento para acolher vítimas, mas não para lidar com algozes. Destacou-se, assim, a importância de desenvolver uma corporeidade capaz de sustentar o desconforto, a fim de atender a/o usuária/o em sua integralidade e multiplicidade

Quanto à dimensão ideológica (ou histórico-existencial) da implicação, na qual as crenças previamente instituídas são confrontadas com a realidade do serviço, suscitando contradições a partir das quais se produz o conhecimento, é possível citar a ocorrência de uma situação de redesenho de caminhos, relacionada ao que que Barbier (1985, p. 114) nomeia como “a práxis e o projeto do pesquisador”. Iniciei o estágio com o plano de atuar junto ao pré-natal, mediando um grupo de acolhimento às gestantes. Entretanto, ao compartilhar com a equipe o que havia planejado, recebi a informação de que a realização da referida atividade não seria possível, pois a maioria das gestantes eram trabalhadoras e, devido à limitação de horário que essa realidade acarreta, teriam dificuldade para comparecer à Unidade em momentos adicionais aos já previstos.

Posteriormente, ao analisar essa situação, compreendi que a proposta do

grupo de acolhimento havia me mobilizado tão intensamente por se tratar de algo próximo à minha realidade, convergente com as minhas experiências e que, a princípio, me traria conforto e satisfação. No entanto, havia partido de uma instância de desejos e crenças pessoais, sem averiguar propriamente a necessidade manifestada pelo serviço e pelas usuárias de tal intervenção. Com base nesta experiência, a elaboração de ofertas e propostas de intervenção subsequentes passaram a ser mais cuidadosas e relacionadas com a realidade do cenário.

Outra implicação que se articula ao nível ideológico, manifesta-se através de um elemento que se repetiu na fala de duas usuárias atendidas. As declarações versavam sobre o fato de, na escuta psicológica, elas “não se sentirem pacientes”, mas sim “ouvidas”. Desse movimento, pudemos captar o atravessamento do modo instituído de produzir cuidado que, atrelado à lógica biomédica, desconsidera a pessoa para atender um corpo paciente, submisso e sujeitado. Assim, com a afirmação de sentirem-se ouvidas, as usuárias nos dão notícias de que o cuidado ofertado segue na direção pretendida de transversalidade, despatologização e acolhimento dos territórios existenciais.

Em relação ao nível organizacional (ou estrutural-profissional) da implicação, é válido mencionar a experiência de acolhimento ocorrida através da circulação das/os estagiárias/os pela recepção da USF, à qual se denominou “Clínica da Recepção”, em homenagem a uma potente experimentação desenvolvida no campo da saúde mental (Fernandes; Freitas, 2009). Essa prática possibilitou o contato direto com a insatisfação das/os usuárias/os em relação ao serviço, permitindo o levantamento de informações sobre as barreiras ao acesso — como, por exemplo, há quanto tempo estavam aguardando atendimento ou quantas vezes haviam se deslocado até a USF com a mesma demanda não atendida. Dessa forma, buscamos, conforme o possível, realizar comunicações e negociações junto à equipe, visando qualificar a espera.

A implicação organizacional manifesta-se na medida em que, enquanto pesquisadora-estagiária advinda da classe popular, conheço intimamente o desconforto acarretado pela espera e as dificuldades de acesso ao cuidado. Ao longo desta escrita, recorro a minha própria trajetória enquanto usuária da AB, marcada, desde a infância, por algumas idas à Unidade Básica de Saúde antes do nascer do sol, acompanhada pela minha mãe, para garantir atendimento antes que as ‘vagas’



fossem preenchidas. É, portanto, a partir das implicações relatadas que se reconhece a importância do cuidado qualificado no território e o compromisso com essa oferta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da Psicologia na AB representa um avanço significativo em direção à integralidade e à qualificação do cuidado oferecido pela RAS. No entanto, diversas forças dificultam essa inserção. Além dos desmontes ao SUS operados pela necropolítica vigente, observa-se a incompatibilidade entre a formação tradicionalmente oferecida pelos cursos de graduação e a realidade dos serviços públicos de saúde. Nesse contexto, o exercício da cartografia e da análise de implicação, como vias de processamento das experiências formativas oriundas do contato com a USF, possibilitou uma avaliação contínua das práticas e discursos mobilizados nessa vivência, de modo a promover uma atuação mais alinhada com a proposta do serviço.

Dessa maneira, a realização da presente pesquisa, propiciou a análise dos caminhos possíveis para a Psicologia na AB, através de uma experiência de estágio. Apostou-se num fazer inventivo e desviante, que busca colocar-se a serviço da sociedade de modo mais justo e equitativo, a fim de contribuir para a transformação social com base no compromisso ético-estético-político pelo cuidado e pela garantia de direito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 155-170. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-mi-cropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>. Acesso em: 13 out. 2024

BARBIER, R. **A Pesquisa-ação na instituição educativa.** Tradução: Estela dos Santos Abreu, Maria Wanda Maul de Andrade. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985. 280 p.

BARROS, R. B. de. Dispositivos em ação: o grupo, **Cadernos de subjetividade**, v. 1. n. 1, p. 97-106, 1996.

BORGES, F. A.; SILVA, A. R. N. da. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190869, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HyBHvWzGcgsFTTFr-SLwLw8S/>. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. (Constituição, 1988). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-1811>. Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. (Constituição, 1988). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias dos SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizasus/>. Acesso em: 01 out. 2024.

BRASIL. (Constituição, 1988). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 mar. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. (Constituição, 1988). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010. 152 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf). Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. (Constituição, 1988). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 09 abr. 2024.

ESCUTAR NO CONTRATEMPO: CARTOGRAFIA DO DE VIR-PSICÓLOGA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

BRASIL. (Constituição, 1988). Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, 13 nov, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 09 abr. 2024.

BRASIL. (Constituição, 1988).. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Diário Oficial da União 2023. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635\\_22\\_05\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html). Acesso em: 09 abr. 2024

BRASIL. (Constituição, 1988). Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2024. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html). Acesso em: 10 abr. 2024.

CARNUT, L; FERRAZ, C. B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 451–466, abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hJjbdxpPNswbLrStrcgy4N/>. Acesso em: 10 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. 2. ed. Brasília: CFP, 2019. p. 87. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-na-atencao-basica-a-saude/>. Acesso em: 08 abr. 2024.

DELEUZE, G; GUATARRI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1 ed. São Paulo: Editora 34, v. 4, 2007. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=3808421&forceview=1>. Acesso em: 30 ago. 2024.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53–81, jan. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/GrQdw3hMYJcTRKMMQ6BKRrD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2024.

FERNANDES, A. H; FREITAS, L. A de. Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador – Bahia. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 1, p. 97-109, 2009. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v11n1/v11n1a09.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

FERREIRA, M. S. C. G; BORGES, L. M. Os desafios de ser mãe universitária: Reflexões sobre fatores de proteção em grupo de mulheres. **Seven Editora**, 2023. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/373725229\\_Os\\_desafios\\_de\\_ser\\_mae\\_universitaria\\_Reflexoes\\_sobre\\_fatores\\_de\\_protecao\\_em\\_grupo\\_de\\_mulheres](https://www.researchgate.net/publication/373725229_Os_desafios_de_ser_mae_universitaria_Reflexoes_sobre_fatores_de_protecao_em_grupo_de_mulheres). Acesso em: 08 out. 2024.

FORTUNATO, L; GALENO, A; FRANÇA, F. Produção de subjetividade no capitalismo contemporâneo. **Revista Cronos**, v. 13, n. 2, p. 67–81, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/26467/15713>. Acesso em: 01 out. 2024.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: MACHADO, Roberto (org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. n.p. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/81012/mod\\_resource/content/1/Texto%2016%20Os%20intelectuais%20e%20o%20poder.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/81012/mod_resource/content/1/Texto%2016%20Os%20intelectuais%20e%20o%20poder.pdf). Acesso em: 08 mai. 2024.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z-8JNr/>. Acesso em: 23 mai. 2024.

GUIZARDI, F. L; LOPES, M. R; CUNHA, M. L. S. Contribuições do movimento institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In: MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 319-346. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Caminhos-para-Analise-das-Politicadas-Saude.pdf>. Acesso em: 12 out. 2024.

HUR, D. U. O dispositivo de grupo na Esquizoanálise: tetravalência e esquizodrama. **Vínculo - Revista do NESME**, v. 9, n. 1, p. 18-26, 2012. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902012000100004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100004). Acesso em: 03 out. 2024.

HUR, D. U. Cartografia das intensidades: pesquisa e método em esquizoanálise. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 46, p. 275-292, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/8392/5844>. Acesso em: 14 ago. 2024.

ESCUTAR NO CONTRATEMPO: CARTOGRAFIA DO DEVIR-PSICÓLOGA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & sociedade**, v. 19, n. 1, p. 15–22, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/8rWQrJSTg7w8zTV47svGTq/>. Acesso em: 16 ago. 2024.

LIMA, E. M. F. A; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 593-606, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbbzS8wB6xFWrmKHPKCNRMb/>. Acesso em: 07 out. 2024.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ - 1993**. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993. 116p.

MACHADO, L. D; LAVRADOR, M. C. C. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 118–133, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a09.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CNES profissionais**. Ago. 2024. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/profissionais>. Acesso em: 18 set. 2024.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/nLW73FGMTwHxPgvnNsC73hP/>. Acesso em: 13 out. 2024.

MUSICART ESCOLA DE MÚSICA. **O que é contratempo?** 2 mar. 2024. Disponível em: <https://escola-musicartchapeco.com.br/glossario/o-que-e-contratempo/>. Acesso em: 01 mai. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2024.

PASSOS, E; BARROS, R. B. de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71–79, jan. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/L7rpp3DHD4n8xsRdLVQkjTF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2024.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 18–25, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YWZKDKyF5zBjQ-vhjJZkdK7m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

REZIO, L. A; CONCIANI, M. E; QUEIROZ, M. A. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e200113, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/tTrmWMnvcg-fWQnMTgBrwwnK/>. Acesso em: 02 set. 2024.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo** (2ª. ed.). Porto Alegre: UFRGS, 2016.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44–52, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/NqxkBHNR-mdShkZcgZJ4zg5M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2024.

SANTANA, M. de Paula *et al.* Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3033>. Acesso em: 01 out. 2024.

SANTOS, A. Devir-esquizoanalista: por uma psicanálise menor. *In*: SANTOS, Anderson (org.). **Psicanálise e Esquizoanálise: diferença e composição**. São Paulo: n-1 edições, 2022. p. 85-110.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Contribuições para uma Política de Escrita em Saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital**, v. 20, n. 3, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/download/v20-3-slomp/2617-pdf-pt/12524>. Acesso em: 27 set. 2024.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* (org.). **Micropolítica e psicossociologia da saúde: as redes vivas e o cuidado**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2024. 254 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/09/Livro-Micropolitica-e-psicossociologia-da-saude.pdf>. Acesso em: 30 set. 2024.

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativo e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 108, pág. 204–218, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVB-gLB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 mai. 2024.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1079–1097, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/rdjTTCjbFdZqpWT3bYxjkbP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2024.

ESCUTAR NO CONTRATEMPO: CARTOGRAFIA DO DEVIR-PSICÓLOGA A PARTIR  
DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

VIEIRA, A. C.; SOUZA, P. B. M.; ROCHA, Danielle Souza da Paixão. Vivências da maternidade durante a graduação: uma revisão sistemática. **Revista Cocar**, v. 13, n. 25, p. 532–552, fev. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/2172/1093>. Acesso em: 11 out. 2024.W