

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CAMILA GUIMARÃES ABRANTES RIOS

**ESCUITA PSICOLÓGICA NO CONTEXTO NASF: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2022

CAMILA GUIMARÃES ABRANTES RIOS

**ESCUITA PSICOLÓGICA NO CONTEXTO NASF: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Relatório de Estágio Supervisionado II
apresentado como parte dos requisitos
para conclusão do curso de Bacharelado
em Psicologia do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia.

Supervisor: Profa. Ma. Daniele Carmo
Queiroz.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2022

CAMILA GUIMARÃES ABRANTES RIOS

ESCUTA PSICOLÓGICA NO CONTEXTO NASF: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Relatório de Estágio Supervisionado II apresentado ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo como exigência parcial para a para obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

Data: 06 de agosto de 2022. APROVADO (X) REPROVADO ()

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente

DANIELE CARMO QUEIROZ

Data: 11/08/2022 01:13:19-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Ma. Daniele Carmo Queiroz

Prof. Dr. Willian Tito Maia Santos

Psicol. Dhara Santana Teixeira

SUMÁRIO

Introdução	5
Psicologia e o NASF	6
Discussões	7
Considerações finais	11
Referências	12

Introdução

O Núcleo Apoio de Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 pela Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008 (revogada pela Portaria GM/ MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011), que na última versão da Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, muda o nome do NASF, que passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (CREPOP, 2019), tendo como principal objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB), e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (Ministério da Saúde, 2009).

O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Aplicado à AB, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB (Ministério da Saúde, 2014).

Deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família, superando a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações, tendo como objetivo apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outras modalidades de equipes da atenção básica.

Uma das formas de se pensar o trabalho do NASF é através da clínica ampliada, que é uma das diretrizes que a política nacional de humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Onde o psicólogo e os demais profissionais NASF e equipes de SF compreendem conexão entre saúde mental e física, e desenvolvem um conjunto de estratégias de promoção e cuidados à saúde. Que,

apesar do desafio que é repensar e desconstruir os modos tradicionais de fazer saúde, enxerga a possibilidade de ações reais que alcancem a complexidade dos sujeitos e suas inserções.

A Clínica Ampliada se refere a uma prática que engloba e não se limita à Psicologia ou à ESF, envolvendo a integralidade como atributo da AB, que compreenda a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas como plano de cuidado, não somente centrado na doença (CREPOP, 2019).

A Portaria n.154/GM de 2008 indica que: "Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental"(Ministério da saúde,2008).

O presente trabalho pretende apresentar a experiência de atuação enquanto estagiária de psicologia no contexto NASF com recorte do atendimento individual. Tendo como objetivo o acompanhamento da psicóloga responsável pela equipe NASF-A, na cidade de Santo Antônio de Jesus, localizada na região do recôncavo baiano.

Psicologia e o NASF

O percurso da psicologia na atenção básica dos serviços públicos de saúde brasileiros tem seu marco inicial na década de 1980, quando uma conjunção de propostas e reivindicações apontava para a necessidade de mudanças importantes na abordagem dos problemas de saúde, enfatizando a contribuição da psicologia nas equipes multiprofissionais. (Jimenez, 2011). É Quando se reconhece quão complexos são os problemas de saúde mental, com associações entre corpo, mente e aspectos sociais, culturais e econômicos.

O trabalho do NASF foi regulamentado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o intuito de apoiar e complementar o trabalho realizado pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), para ampliar as ações da Atenção Primária e aumentar a resolutividade no cuidado dos usuários (Portaria GM n. 154, 2008). Tem em sua equipe diferentes profissionais de saúde, e prevê que a prática dos processos de referência e contrarreferência dos encaminhamentos, seja substituído pelo processo de atendimento compartilhado e longitudinal, a fim de corresponsabilizar todos os profissionais envolvidos no caso (Brasil, 2014).

Segundo Lucena, Mourão, & Nepomuceno (2009), a prática da psicologia junto ao NASF deve incorporar três ideias básicas, que são: a) **Construção de respostas no território**- viabilizando projetos de intervenção a partir de uma ação específica ou mediante a potencialização da rede. Intervenção que vai sendo desenhada de forma processual, a partir de estratégias desencadeadas para resolver os problemas da comunidade, ora dentro do próprio território das equipes de SF e acionando outros dispositivos da rede mais especializados, como policlínicas, Caps e outros serviços e setores além da saúde; b) **Compartilhamento de responsabilidades** - que se refere ao estabelecimento de relação de responsabilidade e co-responsabilidade na formatação do cuidado em saúde; e c) **Trabalho de via dupla**, em que se entende que a saúde mental tem suas prioridades e demandas, mas compreende que a atenção básica possui outras questões para além do campo e é preciso dialogar e negociar essas demandas para efetivar uma pauta de trabalho comum.

Ainda segundo Lucena, Mourão, & Nepomuceno (2009), o psicólogo desempenha na proposta de Matriciamento o papel de levar o saber do especialista até as equipes de SF, com o objetivo de: capacitar as equipes de estratégias de saúde da família para a escuta, acolhimento e manejo, no território, dos usuários em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), usuários em situação de risco psicossocial e casos novos identificados pela equipe; Discutir e capacitar as equipes de SF para o manejo dos casos reativos às adversidades da vida que, em sua maioria, não necessitam de intervenção medicamentosa, de forma a não legitimar como doença um mal estar que é inerente ao ser humano; acolhimento conjunto de psicologia e saúde da família aos casos que demandem esclarecimento; discussão conjunta, matricial e equipe de saúde da família, dos casos clínicos que demandem atenção especializada; Visita domiciliar conjunta, matricial e equipe de saúde da família, após discussão clínica; capacitação das equipes para a realização, na unidade de saúde e na comunidade, de grupos de reflexão com foco na promoção de saúde, não centrados na doença; e contribuir nas discussões, reflexões e ações de promoção de saúde junto às equipes de saúde da família e comunidade para o fortalecimento da proposta de mudança de modelo de assistência em saúde preconizado nas Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Promoção de Saúde, bem como as reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Ainda acerca do Matriciamento (CREPOP, 2019), NASF AB faz matriciamento, mas nem todo matriciamento é feito pelo NASF, uma vez que as regras e fluxos de

trabalho são diferentes e outras questões podem surgir nesse processo, mas consideramos que a lógica de funcionamento do matriciamento segue como um parâmetro importante para considerar as estratégias de atuação. Trata-se de um modelo de trabalho por tarefa, que existe na Administração, visando a otimizar recursos e pessoas.

Uma questão que se discute sobre o modelo do matriciamento trata do lugar em que nos localizamos no esquema do NASF AB: o acesso sem o filtro das equipes é comum no cotidiano de práticas da Psicologia na AB, embora na política isso seja restrito. Uma grande parte do trabalho de muitos profissionais acaba sendo o de explicar o fluxo e buscar estratégias para fazer o acolhimento e trabalhar de forma coletiva junto à equipe de saúde (CREPOP, 2019).

Discussões

O referido trabalho irá se focar nas práticas desenvolvidas no campo de estágio, previamente descritas e discutidas em supervisão e com a orientação da preceptora Hully Varjão, psicóloga que compõe a equipe NASF-A. A referida equipe abrange 9 Unidades de Saúde da Família, e prestou suporte a duas unidades que compõe a outra equipe (NASF-B), totalizando 11 USF, tendo início em julho e término na primeira semana de agosto de 2022. O foco do estágio se deu no atendimento psicológico individualizado, sendo conduzido na dinâmica de dupla de estagiários e a preceptora, majoritariamente.

Compõe essa equipe NASF-A as Unidades de Saúde da Família: Alto Sobradinho; Urbis 3; Amparo; Aurelino Pereira dos Reis; Alto Santo Antônio; Cidade Nova 2; Andaiá; São Francisco; e Sales, e o suporte prestado foram nas unidades: São Paulo e Irmã Dulce. Importante situar que quase todos estes bairros ficam muito distante do centro, sendo alguns fora dos limites urbanos, fazendo que se atravesse a pista para o acesso. Acerca do público assistido e desassistido não foram encontrados dados do município.

Os atendimentos se deram no formato de atendimento individual e tiveram caráter de anamnese e escuta inicial, fazendo com que os estagiários se adequassem ao modelo já adotado pela preceptora. Os grupos deixaram de acontecer com o contexto da pandemia de covid-19 e as unidades ainda estavam funcionando neste caráter de menor contato de grupos, o que também contribuiu para a entrada tardia no campo de estágio. Pelo número de unidades assistidas os estagiários conseguiram

voltar na mesma unidade por, no máximo 1 vez, as demais sendo contato único, sentindo a dificuldade relatada pela preceptora acerca desse cuidado clínico, uma vez que as visitas a cada unidade são feitas com um intervalo muito grande, além da alta procura pelo serviço, fazendo com que o mesmo paciente seja atendido com intervalo de 30 dias, em média, salvo poucas exceções.

Apesar do atendimento clínico individual não ser o prioritário no contexto NASF, e segundo CREPOP (2019), o NASF não constitui porta de entrada do serviço e não tem agenda aberta para marcação de consultas como é possível fazer nas equipes mínimas, contudo este ocorre quando necessário, sendo acionado pelos mais diversos integrantes da rede. Nos casos acompanhados durante o período de estágio pudemos observar como a rede se articula diante dessa demanda.

No que tange à Psicologia, sublinha-se a importância de considerar que o trabalho no SUS não pode ser uma mera adaptação de práticas clínicas individuais à rotina desse sistema, mas exige uma grande rotação da maneira como se constrói esse processo de trabalho, o modelo de atendimento aos sujeitos e a postura da Psicologia diante de si — inserida numa equipe NASF AB — e das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que matricia. Nesse sentido, buscamos lançar luz aos formatos de exercício da Psicologia, que na AB — e em outros espaços de práticas — são mais amplos do que as práticas psicoterápicas ligadas a teorias e sistemas psicológicos. (CREPOP, 2019)

Começo narrando a experiência com uma mãe que é surpreendida com a descoberta que seu filho está envolvido no contexto de roubo e uso de drogas, e passou a ficar doente com frequência e sentir dores no corpo, o médico entendeu que sozinho não seria possível prover o cuidado que essa mulher necessitava, uma vez que apenas medicalizar não daria conta da demanda para além de seus sintomas.

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também — e sempre — mental, e que toda saúde mental é também — e sempre — produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde. (Ministério da Saúde, 2009)

Em discussão com a preceptora foi discutida o Projeto Terapêutico Singular para este caso e como a família se beneficiaria da tecnologia, uma vez que toda ela se desorganizou a partir do pivô que foi a prisão do jovem. A família é composta por

5 pessoas, sendo eles: a mãe, dona de casa, que procura o serviço, referindo, além do quadro clínico e o repasse médico, angústia, aperto no peito, sentimento de profunda tristeza e preocupação acerca do futuro do filho; o pai, caminhoneiro, que após o evento tentou suicídio duas vezes e, pelo relato que é trazido, sentimento de tristeza e comportamento depressivo; uma adolescente, estudante, que agora não quer sair do quarto ou comparecer às aulas e se isola; a sogra, que não comparece a unidade por ser acamada, mas também é afetada neste cenário; e o jovem, 19 anos, que, segundo a descrição da genitora, até o dia de sua prisão era um jovem calmo e que nunca havia dado trabalho, não demonstrava comportamento agressivo ou que a preocupasse em relação a qualquer problema ou questão que estivesse passando, e a partir deste dia se apresenta agitado, relata uma situação de conflito em que o rapaz desfere um objeto em direção a mãe, que a atinge.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico” (Ministério da Saúde, 2009). Sendo, portanto, um momento de articulação de toda a equipe que se esforça para entender o caso e desenvolver o cuidado em saúde. O PTS não é apenas para indivíduos, como para grupos e famílias.

A mãe traz ainda que ofereceu ao filho o recurso do internamento para conseguir lidar com o vício e os estagiários apresentaram recursos como a escuta individualizada a qual ela estava se beneficiando, bem como realizar encaminhamentos para o CAPS-AD em caso de necessidade.

Geralmente, as necessidades complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas, sim, exigem esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, bem como recursos materiais e subjetivos que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, ajustados entre o usuário e sua rede social significativa (Ministério da Saúde, 2009).

Outro caso que se beneficiaria do PTS é uma jovem grávida que além de apresentar comportamento autolesivo, passava por uma gravidez de risco. A enfermeira entra na sala e solicita a presença da psicóloga no caso e traz a demanda do PTS. A equipe se deslocou até o domicílio da jovem, prestou os cuidados

necessários e coletou os dados para se pensar a estrutura do projeto em reunião que seria marcada mas os estagiários não estariam mais presentes para acompanhar a elaboração e execução do mesmo.

Um dos pressupostos básicos do da ESF é a territorialização, que para Jimenez (2011), o eixo do território, compreendido enquanto espaço político, heterogêneo e aglutinador de processos físicos e imateriais, redes, rugosidades, tempo, emoções, intencionalidades, disputas, paisagem e história em pulsante transformação, deve orientar o olhar das diferentes disciplinas para com os sujeitos em sofrimento mental e suas idiossincrasias..

O território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Como decorrência, as equipes de SF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico (Ministério da Saúde, 2009).

Para ilustrar o reconhecimento do ambiente, podemos usar de referência o grupo do movimento 11 de dezembro, que foi triado por uma equipe na policlínica municipal e encaminhado para as unidades de referência dos bairros que residem. Reconhecidos enquanto coletivo e com questões que nascem num contexto similar, este grupo divide a dor que envolve a explosão da fábrica de fogos em 11 de dezembro de 1998, onde pouco mais de 60 pessoas vieram a óbito. Este grupo compartilha, além do luto, o território geográfico, pois as famílias ainda residem nas proximidades da região e suas questões de saúde e estruturais, como o grupo se identifica “luta e resistência”. Demarcando os enfrentamentos para que chegassem a determinação judicial que os insere no serviço enquanto coletivo.

Tanta luta não passa despercebida durante os atendimentos, e o impacto que tem na saúde mental do grupo, como ilustra o caderno de atenção básica:

Por atuarem no território, as equipes de SF se deparam cotidianamente com a violência, que apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas. Agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional são formas de violência presentes cotidianamente na vida de grande parte dos brasileiros – todas elas

com um importante componente de sofrimento psíquico. (Ministério da Saúde, 2009)

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2009) o processo de territorialização facilita o conhecimento da realidade de saúde da população e deve-se considerar que há dinamicidade nos determinantes sociais e que eles estão em constante movimento.

Em um dos momentos de discussão de casos realizado pelo grupo e sob orientação e participação da preceptora, foi observado o fato que em quase todos os atendimentos feitos ao referido grupo, foi relatado ao menos um membro da família que faz uso ou abuso de álcool como estratégia disfuncional de enfrentamento de suas questões, que é descrito como situação de risco psicossocial nos Cadernos de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2009).

Outra experiência vivenciada foi a prática do encaminhamento aos serviços de maior especialidade quando necessário, a exemplo de uma jovem de 17 anos que já vinha sendo acompanhada pela Psicóloga antes do ingresso dos estagiários no serviço. Como história pregressa, a menina está inserida num grupo familiar que sofria com a dependência em álcool do pai, e chega ao serviço referindo tristeza, falta de ânimo e de interesse em interagir com os familiares, sentimentos de angústia e medo, e relata que para se sentir melhor tomou medicação sem prescrição médica, por instrução de um conhecido. Como primeiras condutas a psicóloga, que na época não era acompanhada pela dupla de estagiários, refere diálogo sobre a importância de uma avaliação médica para uso de psicotrópicos e recomenda a suspensão até que passe pelo profissional, para que o mesmo indique a melhor substância, avalie a necessidade do uso e a dosagem.

Em seu retorno, já com a presença dos estagiários, muito fragilizada, uma das falas da menina é acerca da necessidade de voltar a tomar os remédios, mais a frente ela diz que está muito pesado suportar tudo, que ela não está aguentando e diz que tem vontade de sumir, que seria mais fácil se não existisse e que tem acesso a muitas medicações, e as vezes pensa em tomar todas. Ao final dessa sessão, identificando que a fala pode se tratar de uma ideação suicida ou comportamento autolesivo, é feito o encaminhamento da paciente para o CAPSi, mas é solicitado que ela continue comparecendo a unidade para o acompanhamento e que dê retorno quanto a seu encaminhamento.

A articulação com os serviços especializados, principalmente com os Caps, dentro da lógica matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo

de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de saúde mental de maior complexidade, permanecem na APS por questões vinculares, geográficas e socioeconômicas, o que reforça a importância das ações locais de saúde mental. (Ministério da Saúde, 2009)

Como forma de caracterizar os sintomas e sentimentos, quase todas as pacientes ilustraram como ansiedade ou depressão, ao perguntadas o que as traziam a unidade. Os referidos “sentimentos” se caracterizam como vazio, choro constante ou inesperado, tristeza, culpa, solidão ou raiva, e que compõe o que é chamado de transtornos mentais comuns (TMC) na literatura.

Há estudos que demonstram associação entre TMC em mulheres e fatores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, tais como a miséria e o analfabetismo, mães de crianças com baixo peso, onde o adoecimento se torna mais um fator que dificulta a reestruturação familiar. Além disso, a presença de violência intrafamiliar e o processo de desmoralização da mulher, produzido não só pelas condições econômicas, mas também pela sociedade e cultura, são fatores associados com o adoecimento da mulher, com consequências para a criança e comprometimento funcional. (Ministério da Saúde, 2009)

O sofrimento acerca da desesperança e desconhecimento ou descrença acerca dos Direitos eram constantes, por vezes fazendo com que a conduta fosse direcionada para apresentação dos mesmos. A exemplo de uma senhora que tinha a prescrição de uma medicação específica e de alto custo para sua filha, e seu sofrimento girava em torno de não ter condições de obter o fármaco e o sentimento de culpa por ser responsável pela piora da filha. Neste caso os estagiários apresentaram as possibilidades de se obter medicação de alto custo pelos dispositivos do SUS, os órgãos que acionar e os documentos necessários para a solicitação, fosse através da Secretaria de Saúde do município ou estado por meio de requerimento ou acionamento da procuradoria.

Outro caso foi da adolescente, com sonho de cursar nível superior, mas sem a possibilidade para tal por questões financeiras. Foi aprovada em um curso de graduação na Universidade Federal Do Recôncavo da Bahia na cidade de Cruz das Almas e este contexto era o elemento disparador de sofrimento e suas referidas crises de ansiedade. A impossibilidade de pagar pelo deslocamento, ou os custos com a mudança que vem junto com alimentação, manutenção do imóvel e o próprio custeio

com aluguel. Os estagiários entenderam que neste caso a conduta seria de apresentação de políticas públicas afirmativas da instituição e apresentação da mesma por meio dos documentos e regimento interno.

Também fica posto com a clínica ampliada o reconhecimento de que as variáveis que constituem o fenômeno que ali se apresentam são múltiplas, requerendo, em primeiro plano, um tipo de encontro com o sujeito e suas demandas. Tais demandas, ainda que possam estar articuladas a fenômenos que se relacionam ao corpo biológico, terá como condição *sine qua non* o vínculo com o sujeito e as condições que se fizeram presentes para tal condição no território, seja ele as condições concretas dos espaços de vida, vínculos, relações e até projetos de vida (CREPOP, 2019).

Considerações finais

Como destacado por Santos e Rigoto (2010), os projetos de saúde nascem das necessidades de saúde da comunidade, e não de programas verticais que vêm do 'nível central' para a 'ponta'. E assim o NASF se configura e resiste.

É um esforço contínuo de quebrar a ótica hospitalocêntrica e medicalizadora, onde por vezes o paciente chega buscando a cura e a supressão dos seus sintomas. Prova disso é a dificuldade em estabelecer grupos e ainda atender ter uma grande procura o serviço individual no formato clínico tradicional. Por outro lado, este grupo assistido tinha questões muito particulares, que justifica o atendimento individualizado mesmo que também se beneficiassem do trabalho em grupo. Contudo, o mundo real chama a realidade e nos apresenta outras demandas e a compreensão de que os pacientes não tem esse tempo para desprender e ficar na unidade, e a demanda para os profissionais costuma ser alta e complexa, extrapolando o tempo, por vezes, de cada atendimento.

Assim sendo, não cabe aqui discutir qual melhor abordagem, a em grupo ou a individual, mas como defende Jimenez (2011), abordagem psicológica na atenção básica deve incluir subsídios sensíveis à percepção e compreensão dos movimentos das coletividades e das instituições que abarcam e, ao mesmo tempo, extrapolam as individualidades.

É importante demarcar que quase todos os atendimentos realizados até a confecção deste relatório foram pacientes mulheres, negras, em sua maioria, que descreviam cenários de vulnerabilidade ou dependência financeira, além de muito presente a vulnerabilidade de ser mulher e mãe sozinha, e muitas vivendo em situação de violência física ou emocional seja por seus parceiros ou filhos. Com exceção de

um menino adolescente, que procurou o serviço por ter sido levado por sua mãe e não compreendia a necessidade em estar ali.

Dentro deste grupo de mulheres há aquelas pertencentes ao Movimento 11 de Dezembro, que chamou atenção dos estagiários e preceptora quanto a incidência de ao menos 1 outro atingido direta ou indiretamente pela explosão, do sexo masculino, que faz uso de álcool ou outras drogas e tem comportamento violento para com essas mulheres que buscam o serviço. Caberia investigar a relação com o referido incidente e outras questões que envolvem os casos, como foi descrito o campo como de vulnerabilidade e marginalidade.

Cabe refletir também o pouco tempo de campo, tendo em vista as particularidades do currículo e especificidades da estagiária, que foi empecilho para uma discussão mais profunda em um caso específico, focando na identificação das tecnologias da rede durante a apresentação dos casos. Fez falta a prática mais duradoura para desenvolvimento de práticas e ações de cuidado, mas não tornou menos rica a experiência. Na impossibilidade de desenvolver projetos continuados, os estagiários focaram na psicoeducação e apresentação de diversos dispositivos (dentro e fora do SUS) para diminuir questões que impactavam neste humor deprimido e choro constante, afinal não se tem saúde mental em meio a desesperança e insucesso constante. E a vulnerabilidade alimentar, física ou de moradia, se fez presente em muitos atendimentos, sendo realidade não somente entre esses grupos, como se configura como realidade do país diante do cenário político que vem perdurando.

Outra dificuldade encontrada na prática de atuação é a falta de espaço físico para o fazer do psicólogo, seja a escuta individualizada ou a estrutura de grupos terapêuticos. Uma vez que nem sempre existe sala adequada que garanta o sigilo do paciente, ou a disposição do espaço para que se dê o atendimento, tendo a dupla atendido em sala de reunião, com fluxo de pessoal, bem como sala de medicação ou almoxarifado, sendo constante as pausas e interrupções.

O presente trabalho se dispôs a apresentar os casos de modo que exemplificassem o saber teórico da discente perante os casos que surgiam na prática cotidiana, reforçando novamente a prática encurtada e de poucos movimentos na rede. Se trata também de uma reflexão do que poderia ter sido desenvolvido, caso essa estadia não tivesse sido tão breve.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF Núcleo de apoio da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de apoio à Família: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 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 República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas Para Atuação de Psicólogas (os) na Atenção Básica à Saúde. Brasília. CFP, 2019.

Jimenez, Luciene. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2011, v. 23, n. spe [Acessado 22 Julho 2022] , pp. 129-139.

Santos, Alexandre Lima e Rigotto, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2010, v. 8, n. 3.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. <http://www.saude.gov.br/humanizausus>

Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família NASF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

