

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

GUILHERME SANTOS DA SILVA

**O TRABALHO DA PSICOLOGIA NO NASF: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2022

GUILHERME SANTOS DA SILVA

**O TRABALHO DA PSICOLOGIA NO NASF: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Relatório de Estágio Supervisionado I e II apresentado com 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

GUILHERME SANTOS DA SILVA

## O TRABALHO DA PSICOLOGIA NO NASF: 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.itu.br>

---

**Profa. Ma. Daniele Carmo Queiroz**

---

**Prof. Dr. Wiliam Tito Maia Santos**

---

**Psi. Dhara Santana Teixeira**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	.....	<b>5</b>
<b>CONTEXTUALIZANDO O NASF</b>	.....	<b>7</b>
<b>RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	.....	<b>9</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	.....	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	.....	<b>14</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em um relato de experiência do estágio supervisionado em Psicologia vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Esta laboração visa trazer um olhar focado sobre o trabalho do Psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tem como objetivo relatar experiência neste campo trazendo discussões e descrições das modalidades e possibilidades da inserção do Psicólogo no NASF. Busca-se descrever e discutir os modelos de atividade do campo, todavia, devido a fatores externos, irregularidades do calendário e intercorrências, o foco de atuação se direcionou para os Atendimentos Individuais.

A Atenção Primária à Saúde (ou APS) caracteriza-se como um complexo conjunto de saberes e ações técnicas individuais, familiares e coletivas, definida por Barbara Starfield (2002), como primeiro nível de assistência (porta de entrada) do sistema de saúde, contemplando a longitudinalidade e integralidade do cuidado. Entende-se a APS como um modelo que organiza e integra os serviços de saúde partindo da perspectiva da população. O desenvolvimento das práticas de cuidado integral e gestão qualificada é realizada por uma equipe multiprofissional que será dirigida à um território específico que ficará sob responsabilidade da mesma (Ministério da Saúde, 2020).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surge sendo uma vertente brasileira da APS, caracterizando-se como essa “porta de entrada” para o acesso ao sistema de saúde, que assim como o SUS (Sistema Único de Saúde) tipifica-se através de um serviço hierarquizado, regionalizado e fundado na perspectiva da saúde como um direito a todos (CREPOP, 2010). Em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde expediu a portaria GM nº 154, visando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar sua abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização e ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil, criou-se, então, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Ministério de Saúde, 2014).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF são equipes multiprofissionais com uma variada composição de profissionais e

especialistas, atuando de maneira integral, apoiando as equipes de Saúde da Família (SF) e das equipes da Atenção Básica (AB) para populações específicas (consultórios de rua, atenção à população ribeirinha e fluviais). Compartilhando de saberes, práticas de saúde e auxiliando as equipes na resolução e observação de casos clínicos e sanitários, desenvolvendo atividades de apoio educativo visando as equipes de trabalho, e ofertando ao sistema de saúde sempre uma possibilidade de ampliação do cuidado, flexibilizando-o e humanizando-o (Ministério da Saúde, 2014).

O trabalho dos profissionais do NASF se caracteriza, e se orienta pelas diretrizes da Atenção Básica, tendo como referencial teórico-metodológico o apoio matricial, possibilitando a criação de espaços de discussão conjunta e de planejamento dos casos das unidades, organizando atendimentos compartilhados, fazendo intervenções específicas com usuário e família, e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade (CREPOP, 2010). As ferramentas tecnológicas próprias do trabalho no NASF são: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

Tendo em vista a inserção do psicólogo no NASF, é necessário lembrar que há pouco tempo atrás o foco do trabalho psicológico era voltado apenas para os contextos clínico, escolar e organizacional, então a inclusão da(o) psicóloga(o) na área da saúde pública é um tema ainda muito recente (Borghetti, Bruning, et al., 2019). Importante, também, salientar que só foi possível pensar e imaginar a inserção da psicologia na saúde pública graças à movimentos políticos e sócio-históricos, como a Reforma Sanitária, que culminaram numa democratização como um todo ao acesso à saúde, além de assegurar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (PAIM, 2008).

## **CONTEXTUALIZANDO O NASF**

O objetivo do NASF, segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), é o de ampliar a abrangência e o alvo das ações da AB, apoiando a entrada da ESF na rede de serviços de saúde e apoiar o processo de territorialização e regionalização, bem como sua resolubilidade (2009).

As ações estratégicas são voltadas a atividades físicas e práticas corporais voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, serviço social, saúde mental, saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso. Há duas modalidades de NASF: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 realiza as atividades com, no mínimo oito e, no máximo 20 Equipes de Saúde da Família, já o NASF 2 realiza suas atividades com no mínimo 3 e no máximo 20 Equipes de Saúde da Família. Geralmente os municípios estabelecem a implementação do NASF 1 e o NASF 2 torna-se uma opção para municípios que possuem uma população menor e que há uma dispersão populacional localizada na região. As equipes do NASF 1 são, respectivamente: Assistente Social, Profissionais de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional; no NASF 2 são: Médico Ginecologista, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Médico Homeopata e Médico Acupunturista (CFP, 2009).

O papel central dos profissionais do NASF, dentro do processo de trabalho são: dar suporte aos profissionais das ESF, dando condições para realizarem ações em relação ao campo de conhecimento de várias áreas inseridas no NASF (como saúde mental, atividades físicas, assistência social etc.), identificar demandas e necessidades de qualificação profissional das equipes, planejar projetos terapêuticos para acompanhamento conjunto dos casos e definir com a gestão protocolos e fluxos de encaminhamento para atendimento individual, ou em grupo, a depender da demanda referenciada (CFP, 2009).

Das atribuições dos psicólogos no NASF, encontram-se na literatura, a atenção aos usuários/pacientes e familiares em situação de risco psicossocial ou de adoecimento mental em que assegure o acesso ao sistema de saúde e à inserção



social do sujeito, combate ao sofrimento subjetivo que interferem na adesão do paciente a práticas de prevenção ou assimilação de hábitos mais saudáveis, criação de estratégias de redução de danos em casos de uso e abuso de álcool e outras drogas. Os desafios da atuação do psicólogo no NASF são os de articular saberes e práticas, atuar de forma transdisciplinar, considerar a diversidade e integralidade, promover ações de educação continuada e romper com a lógica da referência e contrarreferência (CFP, 2009).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

As atividades de campo aconteceram no NASF-A, localizado na cidade de Santo Antônio de Jesus, no interior da Bahia. As equipes NASF foram divididas em NASF-A e NASF-B por conta da alta demanda do serviço. Está vinculado, atualmente, à 9 Unidades de Saúde da Família, concedendo suporte a mais duas unidades, totalizando 11 UFS atendidas. Este suporte foi concedido devido à necessidade de acompanhar e atender a população do Movimento 11 de Dezembro. As idas à campo iniciaram-se no mês de julho. E os atendimentos foram acompanhados e orientados pela preceptora psicóloga Hully Varjão.

Sobre as atividades realizadas no NASF, é importante destacar que, embora as ações que são atribuídas à/ao Psicóloga(o) se categorizem como reuniões de equipe, sala de espera, atendimentos em grupo e individualizado, e acompanhar conjuntamente os casos, devido a intercorrências e fatores externos (novo aumento do número de casos do Coronavírus – impossibilitando a execução das atividades em grupo; período comemorativo do São João, questões particulares e do calendário acadêmico), o foco deste trabalho foi redirecionado e considerou, então, realizar, especificamente, o atendimento individualizado pensando na necessidade de consistência de uma temática para cumprir sua conclusão.

Compreendendo, pois, o fato dos atendimentos individuais não serem o principal foco de trabalho do psicólogo no NASF, pode-se mencionar, que, ainda assim, é um serviço demandado e em alguns casos, apresenta-se como um mecanismo útil para o cuidado integral, entendendo, por outro lado, conseqüentemente, que existem um conjunto fatores sociais, políticos e de gestão que acabam por dispor e/ou forçar tanto a rede como as equipes NASF (e equipes da SF) a realizar esta atividade específica.

As necessidades do território, usuário ou família, a modalidade de Nasf e a conformação da rede do município podem influenciar na frequência de atendimentos individuais específicos. Quando o número de equipes vinculadas é menor, a possibilidade de realizar tais atendimentos é maior. Além disso, podemos encontrar locais em que a rede assistencial esteja insuficiente e, nestas situações, é necessário investir nos serviços de saúde, o que não exclui a contribuição do Nasf na resolutividade desses casos (Ministério da Saúde, 2014, pg. 84).

Ainda tentando compreender esta situação e/ou demanda dos atendimentos individuais específicos, segundo o CFP (2019), precisa se debruçar um pouco sobre essa realidade:

Sabemos, pela experiência dos profissionais no campo, que as pressões pela quantidade de pessoas pedindo por assistência individual e a importância que as gerências e secretarias de saúde dão para as respostas a essas demandas dificulta a realização desse plano de trabalho, empurrando a equipe como um todo para atividades assistenciais individuais. Este é um problema principalmente político, dado também pelos cortes que muitas cidades têm sofrido no orçamento da saúde como um todo e faltam profissionais para responder adequadamente a tantas demandas e também reflete um modelo biomédico e médico centrado, baseado no atendimento e encaminhamento, que vigora em alguns lugares ainda no país (pg. 38).

E ao pensar na atuação da Psicologia no NASF, tomando por ponto de vista, esta herança biomédica e elitista, o CPF (apud NEPONUCEMO, 2009, pg. 54), retrata um desafio no campo:

Nessa contextualização, depara-se com a herança que temos de uma tradição de clínica individualista, elitista e psicologista, que pouco sabe lidar com as questões sociais e psicológicas que perpassam o cotidiano de vida da maioria da população brasileira. Herdou-se um modelo de formação hegemonicamente pautado no enfoque clínico, que condiciona a identidade profissional do psicólogo a um aprisionamento e engessamento, dentro do campo de atuação da Psicologia Clínica, principalmente ligada ao histórico de experiências de clínica privatista vinculada às elites e classe média.

Partindo para alguns casos, observou-se um número considerável de usuários que é proveniente da própria rede, isto é, que foram encaminhados ou que transitam pelos serviços e unidades. O que faz suscitar a ideia de um(a) cuidado/atenção ampliada(o) de saúde.

Na ideia de saúde ampliada podemos pensar que não há saúde sem saúde mental; não há saúde mental sem um trabalho que organize o cuidado em rede; cabe então à(o) psicóloga(o), e a outros profissionais de saúde, colaborar no processo de construção dessas redes para que possam produzir cuidado para além da presença de profissionais de saúde (Conselho Federal de Psicologia, 2019, pg. 35).

Um destes casos é de uma jovem-adulta, identificada como S., negra, 22 anos, usuária do CAPS, e relata ser diagnosticada com Depressão. Mora junto aos genitores, entretanto, diz não existir muita proximidade na relação familiar. Segundo comenta, ela tinha sido informada pela agente de saúde de referência sobre os atendimentos no NASF, então decidiu comparecer à Unidade de Saúde da Família do

bairro. Nas idas ao CAPS, relatou participar das atividades em grupo, mas que ocasionalmente “não gosta”, pois prefere “não socializar muito com as pessoas”. Refere o fato de ser muito introspectiva, o que para ela é o motivo das pessoas “não a entenderem muito bem”, ocasionando episódios conflituosos, o que geraria, segundo a paciente, “situações de muito estresse”. Refere ser estagiária, que sente uma “sobrecarga” relacionada aos períodos de estudo, e relata a existência de conflitos na relação docente/discente. A paciente descreve estas dificuldades como parte de “seu jeito de ser”, pois se retrata continuamente como uma pessoa muito “introspectiva” e “de difícil socialização”.

É comum durante os atendimentos nas USF, surgirem casos de adoecimento e sofrimento psíquico, uma vez que, pensando na territorialização e regionalização do cuidado/atenção, maior parte das populações atingidas vivem em contextos de vulnerabilidade social, de violência do Estado, etc. (Ministério da Saúde, 2014).

Identifica-se neste caso, algumas relações conflituosas, e no tocante ao cuidado e acompanhamento, percebe-se a necessidade de planejar junto à equipe a criação de estratégias de enfrentamento para a paciente, ou seja, sentiu-se a necessidade de acionar a equipe para discutir o caso, compreendendo a discussão dos casos parte importante do trabalho no NASF, sendo um mecanismo basilar do Apoio Matricial. Segundo o Ministério da Saúde (2014, pg. 68, apud CAMPOS, 1999, apud, CAMPOS; DOMITTI, 2007, apud CUNHA; CAMPOS, 2011), o apoio matricial:

(...) pode ser definido como novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/ profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada. É um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência (no caso, as de AB/SF). Como a equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território, antes de encaminhá-los a outros pontos de atenção, quando isso for necessário, ela pode pedir apoio para lidar com os casos com os quais sente dificuldade ou tem limitações.

Foi questionada o motivo de ir para a USF, sendo que estava em acompanhamento no CAPS, relatou em suas palavras que “preferia, naquele momento, ser atendida individualmente”. Ao dialogar com a preceptora sobre o caso, foi levantado um comportamento de resistência da paciente em aderir aos tratamentos em conjunto, e para pensar em ações e estratégias de cuidado com maior resolutividade, em seu caso específico, seria necessário ser levado essa questão para

pensar uma Clínica Ampliada. Tendo em vista, os limites das ações dentro de um contexto de atendimento individual clínico.

A primeira questão que a Clínica Ampliada traz é que ela não é específica da prática da Psicologia. Ela trata de uma forma de compreensão do sujeito e de suas necessidades de saúde que pode ser exercida por qualquer profissional e que psicólogas(os) podem cooperar para a construção de uma sensibilidade nesse sentido. Mais do que isso, a clínica ampliada pode ser fruto do trabalho de uma equipe bem integrada que ouça as experiências dos atendidos a partir de diferentes lugares (CFP, 2010, pg. 48).

A clínica ampliada visa trazer novos olhares, de outros profissionais, que possuem maior proximidade com a comunidade e território, podendo auxiliar as equipes com informações mais detalhadas dos usuários em si, englobando os aspectos sociais em que os pacientes estão inseridos e o diagnóstico do território.

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 (CFP, 2019, pg. 44)

Para pensarmos sobre o contexto da clínica psicológica no NASF, é necessário pontuar que apesar de se configurar como clínica, as práticas e ações da(o) psicóloga(o) no NASF se dão norteados, embasados e apoiados sob a o complexo arranjo teórico-metodológico do Apoio Matricial, buscando distanciar-se da clínica psicológica tradicional. Segundo Dutra (2004), o fazer clínico, sob uma nova perspectiva, incluiria uma análise mais branda do contexto social em que o paciente/indivíduo está inserido, o compromisso ético, portanto, substituiria o referencial teórico como principal norteador na realização da prática clínica.

Inserido no contexto no NASF, a atuação é pautada pelo deslocamento da responsabilidade de um só profissional da equipe, para a equipe em si, ampliando a corresponsabilização dos profissionais e criando espaços para a intersetorialidade, bem como para a transdisciplinaridade, buscando sempre a construção de um projeto coletivo (CFP, 2009).

O segundo caso, proveniente de um encaminhamento, dessa vez, de um médico da unidade de referência. A paciente compareceu a USF para atendimento psicológico. Identificada como T., negra, 38 anos de idade, tem dois filhos, um jovem de 19 anos, e uma filha de 17 anos, o marido é caminhoneiro, a mãe encontra-se

acamada, residem na mesma moradia. Refere crises de ansiedade e um episódio de crise de pânico, resultantes da situação envolvendo a prisão do filho (19 anos) por tráfico de drogas segundo a paciente, depois desse evento revelou que o marido tentou suicídio duas vezes e demonstrava um comportamento depressivo e queixando de “sentir tristeza”, e que a filha de 17 anos começou a se isolar no quarto, apresentando dificuldades de interação. Segundo a paciente, o episódio da prisão do filho a pegou desprevenida, pois em suas palavras “nunca imaginaria o filho envolvido com esse tipo de coisa”, relata tê-lo criado “com muito cuidado e atenção”.

Estas situações são vistas com frequência, e surgem nos atendimentos demasiadamente.

Muitas pessoas que chegam à APS frequentemente apresentam vários problemas simultaneamente (problemas psicológicos, físicos e sociais), com alto grau de comorbidade. Geralmente, há coexistência de quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias. Isso aponta para a urgência da ampliação das ações de saúde mental na APS e para a consequente qualificação das equipes de SF, juntamente com as equipes dos Nasf e dos serviços de Saúde Mental, para aumentar a detecção e a capacidade resolutiva para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde (Ministério da Saúde, 2010, pg. 38).

A paciente relatou o fato do filho já estar em liberdade, mas que ainda é motivo de muita preocupação, pois ela “não sabe identificar” quando o filho está sóbrio ou não. Relata não saber exatamente como ajuda-lo, pensou em interna-lo, a princípio, porém sem uma adesão do filho. Então foi levantado com a paciente a possibilidade de trazê-lo à unidade, para que se possa acionar e encaminhar o rapaz para o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas). Além de potencializar a rede, existe a possibilidade de inserção dessa família dentro da rede, dando todo suporte integral necessário, seguindo a lógica matricial.

A identificação das necessidades de cada caso, as discussões de diagnóstico e definições de cuidados são compartilhadas, estas ações em conjunto, criam maior eficácia no cuidado à saúde. Configurando uma nova forma de olhar a clínica na área da saúde pública, destacando o apoio matricial.

O apoio matricial aparece como uma maneira de qualificar e promover uma forma inovadora de pensar a clínica da Psicologia — em parceria com outras profissões — num sistema Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Atenção Básica à Saúde 39 como o SUS e a AB (CFP, 2009, pg. 38).

Analisando o caso, houve a necessidade de discutir o PTS (Projeto Terapêutico Singular), identificando a situação de risco psicossocial desta paciente e família, sendo configurado como uma das funções da(o) psicóloga(o) no NASF (CFP, 2009). Trata-se de uma ferramenta que poderia responder adequadamente e conceder o suporte para essa família, enquadrando as demandas necessidades identificadas para que esse cuidado fosse prestado.

Durante a vivência do estágio a necessidade de aplicar o PTS foi discutido algumas vezes, ocorriam nos momentos em que relatávamos sobre os casos, nos intervalos entre os atendimentos ou no momento final dos atendimentos do dia. Devido ao período breve no campo e na impossibilidade de criar um vínculo amplo entre nós e as equipes, não houve este momento de acionar a equipe e criar um PTS, porém foram identificados casos que necessitariam da ferramenta do Projeto Terapêutico Singular, tanto os casos descritos no trabalho, como em outros atendidos.

Em outra ocasião, presenciamos o momento em que uma das profissionais dividiu informações com nossa preceptora sobre dois casos, de visita domiciliar, e um deles foi identificada a necessidade de criação de um PTS, um idoso acamado que não tinha contato com família e uma mulher que estava grávida precisaram desse apoio e suporte da equipe.

O PTS, segundo o Ministério da Saúde, é uma tecnologia que visa a organização do cuidado em saúde, considerando as singularidades do sujeito e complexidade de cada caso (2014). Ainda sobre o PTS, temos:

O PTS é dedicado a casos de manejo difícil, em que a equipe traça coletivamente um plano de cuidado para uma pessoa ou uma família, que envolve diagnóstico, construção de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. O Projeto de Saúde do Território é uma ação de promoção de saúde, intersetorial, que envolve a participação social a partir da identificação de uma questão pela EqSF e NASF AB no território. Esta ferramenta é mais ampla do que o PTS e se propõe a ser uma ação intersetorial (CFP, 2009, pg. 43).

Complementando e contextualizando a importância e o significado técnico e prático, em articulação com o que já foi comentado e discutido através do matriciamento e da clínica ampliada, o Ministério da Saúde apud CAMPOS (2003), incrementa sobre o Projeto Terapêutico Singular:

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um

espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (2014).

Nessa perspectiva, adotando toda discussão já feita, fica evidente que para o funcionamento da clínica psicológica no contexto do NASF, necessita dessa abertura entre a Equipe de Saúde da Família e a Equipe NASF, para que as funções sejam cumpridas no âmbito do que é preconizado na política dos Núcleos de Apoio de Saúde tanto para o trabalho clínico, bem como, ações de qualificação e identificação de demandas de capacitação das equipes, é tocante que este profissional da “retaguarda” esteja imbricado e familiarizado com os recursos culturais e que organizam a estrutura subjetiva que compõe aquela unidade, assim como a equipe, a população e a realidade do território local.

O vínculo é a ferramenta principal para gerir e manejar a atuação dentro e por meio do NASF, sem a utilização desse caro recurso, a atuação da equipe se torna fragmentária e, por muitas vezes, superficial.

O vínculo pode ser considerado também um recurso terapêutico, mas para que seja percebido como positivo pelos grupos institucionais, estes devem acreditar que são possuidores de potência e de capacidade de resolução de problemas de saúde. Além disso, é importante que as equipes de saúde percebam que, se os usuários tiverem apoio, conseguirão mudanças no contexto de condições adversas, no qual se encontram inseridos (Ministério da Saúde, 2010).

No percurso de experiência da ida à campo do estágio supervisionado, tivemos, ao longo das 12 visitas, aproximadamente, 25 atendimentos. Das 11 unidades (somando 2 unidades do NASF-B requisitadas para conceder suporte da nossa equipe), estivemos presente em quase todas, no meu caso, faltando apenas ir para as unidades de Cidade Nova 2 e Aurelino Reis. Embora termos conseguido movimentar entre as unidades, a brevidade do nosso campo prejudicou a possibilidade de criação de vínculo entre nossa equipe de estágio e as equipes das unidades, não obstante, dificultando a nossa participação em outras práticas e ações que são de responsabilidade da psicóloga (o) no NASF.

Não só entre as equipes, mas para com a população atendida, pois um tempo mais amplo e fazendo um acompanhamento longitudinal, teríamos a possibilidade de identificar novas demandas e criar estratégias, através das ações conjuntas com as



equipes seguindo toda dinâmica política de saúde do NASF assim como potencializando-o.

Durante os atendimentos foi possível observar que maior parte da população atendida eram mulheres, negras e pardas. Ao compreender e apresentar a população que se observa na rede, faz-se necessário criar estratégias que estabeleçam tanto o vínculo para com essa população e território, como também identificar suas principais queixas, como por exemplo, serviços e/ou ações que acolheriam as dificuldades/sofrimentos das mulheres negras da comunidade da unidade.

Atendemos crianças e alguns idosos também. Dos 25 atendimentos que fizemos, três pacientes eram do sexo masculino, um adulto, um adolescente de 13 anos e uma criança de oito anos. Levanta-se a questão, obviamente, do motivo de homens se ausentarem tanto ao acesso das redes de atenção e saúde pública.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo relatar a experiência do trabalho da Psicologia no NASF, em especial, trazendo descrições acerca dos atendimentos individualizados nas unidades de saúde da família na cidade de Santo Antônio de Jesus/Bahia. Considerando a existência de alguns percalços e intercorrências durante o estágio, que conseqüentemente, diminuíram o período efetivo das minhas idas à campo, ressaltando, entretanto, que mesmo perpassando por essas situações, o comprometimento e interesse de participação estiveram presentes e foram de total preocupação para realização deste relatório de estágio supervisionado.

A realização do estágio teve uma dinâmica dupla, devido à pandemia do Coronavírus, as supervisões ocorreram no modelo remoto, e respeitando as medidas de proteção e segurança sanitária fomos a campo nas unidades de saúde, afim de completar a carga horária exigida para conclusão do estágio final do curso.

Atuar no NASF, foi visto como um grande desafio, embora tenha tido experiência de passar por componentes como Saúde Coletiva e outros componentes das ênfases em Saúde Mental que objetivam uma leitura preparatória para atuações nas áreas da Atenção Básica, referentes à Saúde Pública. Independentemente de ter uma base, ainda assim, senti necessidades de voltar as leituras mais essenciais para compreender e nortear minha atuação no campo.

Vale considerar que estamos no terceiro ano de pandemia e muitas questões são relativamente novas, e outras já persistentes, surgem novamente até nós, porém em ambos casos nos exigem um novo olhar, uma nova forma de perceber, sentir e de agir sobre, seja politicamente, artisticamente, filosoficamente, poeticamente e humanamente falando.

Ao atender os casos, tive acesso ao funcionamento de uma rede de atenção de saúde, orientada pela APS, que leva em conta o apoio matricial como um dos nortes de atuação, o que é um desafio comunicativo, interativo e interdisciplinar, levando em consideração que numa equipe multidisciplinar para que essa atenção e cuidado funcione a criatividade, a capacidade de criar um ambiente fluido e aberto e de criar espaços de afeto não são só de extrema importância, mas que diz de uma necessidade de tremenda urgência.

Em alguns atendimentos, como de dona T., de dona S. surgiram afetos e preocupações, considerando a escuta sensível, que me impactaram fortemente. Pensando conjuntamente com a colega Camila e a preceptora Hully levantamos necessidades de ação, possibilidades de uso de tecnologias do NASF e também de direcionamentos, encaminhamentos, porém não identificando e/ou tendo espaço (ou até tempo) para comunicar isso para as Equipes de Saúde da Família. Por exemplo, na possibilidade da construção de um PTS em que ampliaria e daria abrangência na atenção e cuidado compartilhado à paciente T., mas surgindo esse limite de tempo, de comunicação com as equipes, surge a também a sensação de enfraquecimento da atuação frente as equipes da rede.

Em outros casos atendidos, apenas aplicando a escuta sensível das demandas e queixas, para além de identificar casos de risco psicossociais, pude notar o interesse de adesão das pacientes aos atendimentos individuais e também o desejo de programar e agendar este retorno a(s) unidade(s), o que sugere, embora tendo seus limites, as ações e atuações dentro das unidades têm funcionado e gerando resultados positivos no que diz respeito ao cuidado, atenção e tratamento dessas pessoas.

Devido ao pouco tempo em mãos, para atuar criticamente e profundamente, ainda assim, muitos aspectos e questões que estiveram presentes e se fizeram presentes nesse período de campo do estágio, não passaram despercebido por nós e, marcando-nos na pele a sensação de dividir estes espaços, estes desafios, estas dificuldades e demandas/necessidades (dentro dos aspectos psicossociais), formaram em nossa consciência essa preocupação com a atenção, o cuidado e saúde como um todo das populações brasileiras. Preocupação que, ao meu ver, e percebendo isso agora, faz todo sentido sua existência, enquanto processo mental, como quanto à uma ferramenta ou mecanismo para manter o acesso a atenção e o olhar para com o sofrimento e para com os processos que circundam, formam e criam a subjetividade das pessoas.

Por fim, a psicologia não pode deixar de estar presente, sempre que há possibilidade de alongar e esticar os braços para abraçar toda e qualquer mudança que possa tanto adoecer como curar os sujeitos de nossa sociedade, como um todo, de forma profunda e verdadeira. Lembrando sempre que são os contextos que irão

definitivamente nortear nossas ações, e o afeto que irá, dentro do possível das atuações, nos estruturar e firmar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books.

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).

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília. CFP, 2009.

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

FURTADO, M. E. M. F., et al. **O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência**. Revista Psicologia e Saúde, Mato Grosso do Sul, v. 7, n. 1, p. 09-17., jan. /jun. 2015.

BORGHETTI, R. B., BRUNING, N. O. et al. **“O Equilibrista”: Atuação do Psicólogo no NASF no Vale do Itajaí**. Psicologia: Ciência e Profissão 2019, Santa Catarina, v. 39, e186600, 1-13, 2019.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

DUTRA, Elza. **Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade**. Estudos de Psicologia, Rio Grande do Norte, 9(2), 381-387, 2004.

