

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FERNANDA CERQUEIRA SOUZA

**Pacientes acompanhados pela equipe do Núcleo de Apoio
à Saúde da Família (NASF) de Santo Antonio de Jesus e a
ansiedade**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2022

FERNANDA CERQUEIRA SOUZA

**Pacientes acompanhados pela equipe do Núcleo de Apoio
à Saúde da Família (NASF) de Santo Antonio de Jesus e a
ansiedade**

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

FERNANDA CERQUEIRA SOUZA

Pacientes acompanhados pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Santo Antonio de Jesus e a ansiedade

Relatório de Estágio Supervisionado I e 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: 04 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.itl.br>

Profa. Ma. Daniele Carmo Queiroz

 Documento assinado digitalmente
INAYARA OLIVEIRA DE SANTANA
Data: 09/08/2022 21:45:59-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profa. Dra. Inayara Santana

 Documento assinado digitalmente
BARBARA DANIELA SOUZA DE LIMA MACIEL
Data: 10/08/2022 10:00:51-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Psicol. Bárbara Daniela Maciel

AGRADECIMENTOS

A caminhada foi longa, porém linda... Assim início os agradecimentos dessa jornada que teve tantos desafios, mas que o sonho de adolescência foi mais forte e propulsor para que chegasse até aqui.

Primeiramente agradeço a Deus, força motriz, que na sua infinita sabedoria, me deu a capacidade de desabrochar a cada nova estação e me amparou para recomeçar a cada dificuldade.

A minha querida família que esteve comigo a todo momento e aqui cito o meu grande companheiro e amado esposo Adson Mota que apoiou, impulsionou e vibrou comigo todos os dias. Meu primogênito Felipe Souza, que sempre diz que sou uma psicóloga linda. O meu caçulinha Francisco Souza que foi a prova da força da vida e que depois de jornadas intensas de estudo ele me motivou com seu olhar e amor. A minha Mãe Zelia de Souza, que sempre me ouviu, no café da manhã, com muita admiração e orgulho. A meu Pai Fernando de Souza e meu Irmão Fábio de Souza pessoas especiais em minha vida, meus sobrinhos e cunhada, gratidão por tudo.

Agradeço aos professores que sempre foram compreensivos, parceiros e defenderam uma Psicologia para todos. Levo vocês para sempre no meu coração!

Aos colegas e amigos que a UFRB me oportunizou conhecer, e àqueles que já percorrem comigo a estrada da vida, amo cada um de vocês. Mas quero agradecer de maneira especial a meu amigo Chico, "Paco", sem você não conseguiria chegar até aqui. Você foi um parceiro especial, amoroso, engraçado e acima de tudo companheiro de todas as horas.

A Bárbara Daniela Maciel, que o destino permitiu o nosso encontro em Santo Antônio de Jesus, e fez com que ela fosse a minha preceptora do estágio supervisionado, colega de turma, mas acima de tudo uma amiga que levo para a vida. Seus ensinamentos de campo foram para sempre.

Referencio também a instituição que trabalho, SENAC, que permitiu os ajustes para que a trajetória dos estudos fosse concluída. E minha equipe de trabalho, que em muitas vezes, curtiu comigo a jornada da Psicologia.

Enfim, a caminhada foi dura, porém linda e por isso serei eternamente grata a vida que todo dia nos permite a possibilidade de recomeçar.

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo descrever atividades desenvolvidas no estágio curricular supervisionado I e II, realizado como requisito para conclusão do curso de Psicologia da UFRB, sendo este desenvolvido com a equipe do NASF em Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antonio de Jesus. O relato de experiência deste trabalho, está baseado nas vivências obtidas com os pacientes que apresentaram sintomatologia de ansiedade. A fundamentação teórica está embasada na política nacional de atenção básica e o NASF; a política nacional de humanização e a clínica ampliada; a importância da formação de grupos nas UBS e na definição do transtorno de ansiedade. Finalizo o trabalho refletindo sobre a riqueza do campo de estágio e a importância do NASF como apoio às equipes de saúde da família, como também a relevância dos trabalhos desenvolvidos pela equipe multiprofissional, a exemplo dos grupos, para fortalecer e munir as comunidades de informações relevantes não só sobre o transtorno de ansiedade, mas compreender sobre prevenção em saúde.

Palavras Chaves: NASF, Transtorno de Ansiedade, Grupos de Apoio,

ABSTRACT

This report aims to describe activities developed in the supervised curricular internship I and II, carried out as a requirement for completing the Psychology course at UFRB. This being developed with the NASF team in Family Health Units in the municipality of Santo Antonio de Jesus. The experience report of the present work is based on the experiences obtained with patients who presented symptoms of anxiety. The theoretical foundation is based on the national primary care policy and the NASF; the national humanization policy and the expanded clinic; the importance of the formation of groups in the UBS and in the definition of the anxiety disorder. I conclude the work by reflecting on the richness of the internship field and the importance of the NASF as support for family health teams, as well as the relevance of the work developed by the multidisciplinary team, such as the groups, to strengthen and provide communities with relevant information. not only about anxiety disorder, but understanding about health prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
DSM – 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
eSF	Equipes de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PST	Projeto de Saúde no Território
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1. MARCO TEÓRICO	10
A POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA E O	
1.1. NASF	10
A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A	
1.2. CLÍNICA AMPLIADA	12
A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DE GRUPOS NAS	
1.3. UBS	14
1.4. TRANSTORNO DE ANSIEDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA	15
2. VIVÊNCIA DO CAMPO DE ESTÁGIO – RELATO DE	
EXPERIÊNCIA	18
3. CONCLUSÃO	27
REFERENCIAS	29

APRESENTAÇÃO

O presente relatório descreve a experiência acerca do Estágio Supervisionado I e II do Curso de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, com a supervisão da docente Daniele Carmo de Queiroz. O estágio teve como objetivos acompanhar e compreender o papel do psicólogo no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) no município de Santo Antonio de Jesus; reconhecer a importância do processo saúde-doença como resultante da interação complexa entre diversos determinantes como sociedade, cultura, educação, dentre outros e desenvolver a escuta psicológica no contexto de atenção à saúde primária.

Sob a coordenação do campo da psicóloga Bárbara Daniela Maciel, que compõe a equipe do NASF do município de Santo Antônio de Jesus e acompanha as Unidades de Saúde da Família (USFs) aqui apresentadas: USF URBIS I / Calabar, USF URBIS II, USF Bela Vista, USF Fernando Queiroz, USF Zilda Arns, USF Viriato Lobo, USF São Paulo, USF Marita Amâncio, USF Irmã Dulce, foram realizados os acompanhamentos do trabalho desenvolvido por ela com o intuito de presenciar as práticas de trabalho que competem ao psicólogo do NASF. Dessa forma, visitas domiciliares, salas de espera, escutas psicológicas breves, acompanhamento de atendimento em grupo, apoio as equipes das agentes comunitárias de saúde foram atividades vivenciadas de maneira significativa que puderam contribuir na compreensão do trabalho integrado que as equipes de saúde da família devem desenvolver e que é preconizado pelo NASF.

O presente trabalho apresentará essas experiências e está dividido em sessões que abordam o marco teórico, descrição das vivências do campo de estágio – relato de experiências e considerações finais. No Marco Teórico, apresento as diretrizes do NASF e da Atenção básica, cujas orientações fundamentam este campo do estágio. Contextualizo a atenção básica, segundo a Secretaria de Atenção Básica à Saúde, como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, as quais foram vistas nas USFs. Nessa sessão apresento também a caracterização das Unidades de Saúde da família como equipamento da atenção primária de saúde.

Em seguida, discorro sobre a importância da clínica ampliada e da Política Nacional de Humanização, seus princípios norteadores e estratégias de cuidado na promoção à saúde, pois são fundamentos importantes na consolidação do NASF nos territórios.

Ainda no Marco Teórico faço uma breve explanação sobre o transtorno de ansiedade, pois foi a psicopatologia mais citada pelos usuários do serviço, como também, o transtorno mais identificado pela Psicóloga que está nos acompanhando em campo. Em uma das USFs, que está sobre a responsabilidade da psicóloga Barbara Daniela, há um grupo psicoeducativo formado para trabalhar especificamente com a referida temática.

A sessão seguinte trata sobre a importância dos trabalhos em grupo nas Unidades de Saúde da Família, já que essa estratégia foi primordial para o trabalho psicoeducativo que acompanhamos ao longo do estágio.

Por fim, realizo a caracterização do campo de atuação do estágio, apresentando dessa maneira algumas vivências em que o tema da ansiedade surgiu, bem como quais foram as ações terapêuticas desenvolvidas junto a psicóloga do NASF. Finalizo o relatório com as considerações finais, nas quais descrevo as minhas impressões.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. A POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA E O NASF

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A primeira Política Nacional de Atenção Básica foi publicada em 2006, no contexto do pacto pela saúde, um compromisso pela consolidação do SUS. Nesse momento, se reafirmou a estratégia de saúde da família como modelo prioritário para a reorganização da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

De acordo com a PNAB, as ações (programáticas e por demanda espontânea) devem ser realizadas no território, com qualidade, de forma acolhedora e resolutiva, por equipes multiprofissionais preparadas para atender às demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância da população. Para tanto, são utilizadas tecnologias de cuidado complexas e variadas, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o compromisso de acolher toda demanda ou sofrimento (BRASIL, 2012b).

Com a reformulação da PNAB, ocorrida em 2017, foi possibilitado a gestão municipal compor suas equipes de Atenção Básica de acordo com as características locais. Médicos, enfermeiros, auxiliares e ou técnicos de enfermagem, gestores para as Unidades básicas de saúde foram profissionais que puderam constituir as Unidades de saúde família com fins de melhoria para a Atenção Básica.

O comprometimento das equipes que compõe a Atenção básica em saúde deve estar direcionado ao cuidado da saúde das famílias de forma humanizada e com práticas resolutivas. Para tanto, é necessário priorizar o estabelecimento do

vínculo de confiança, fortalecer a descentralização dos serviços e a democratização aos acessos, incentivar a participação social para construção da saúde, reforçar o direito a saúde como requisito para cidadania e trabalhar de forma conjunta com as comunidades no intuito de fortalecer as ações entre os setores.

Com vistas à maior abrangência das ações e a oferta de apoio efetivo às equipes de Saúde da Família (eSF) e outras modalidades de equipes de atenção básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009b). Posteriormente, esta Portaria foi suprimida e o NASF passou a ser regulamentado pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Em 2017, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, ao estabelecer a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, renomeou o NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), definindo-o como equipe multiprofissional composta por variadas profissões e especialidades da área da saúde, que atuam de maneira interdisciplinar e integrada para complementar as ações e dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes que atuam na ABS (BRASIL, 2017). Como proposta inovadora, o NASF envolve, portanto, um arranjo organizacional em que equipes constituídas por diversos profissionais de distintas áreas do conhecimento atuam de maneira integrada e em parceria com as equipes da atenção básica, oferecendo-lhes apoio técnico especializado.

O NASF, portanto, tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL,2008).

As diretrizes do trabalho do NASF perpassam pelo apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular (PTS), projeto de saúde no território (PST) e a pactuação do apoio. Essas diretrizes devem atuar nas áreas estratégicas como saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação; saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher assistência farmacêutica, atividade física, prática corporais, dentre outras.

Perante a Política Nacional da Atenção Básica, o NASF complementa o trabalho na Atenção Básica, colaborando para a ação integral do cuidado aos usuários dos serviços de saúde em cada território.

1.2. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A CLÍNICA AMPLIADA

Quando se pensa em humanizar, diversas definições são apresentadas e que estão relacionadas a “tornar humano”, a ser mais compreensivo, bondoso, a ser mais empático com o outro, entre outras. Porém, no decorrer da história, o termo humanizar tem interpretações diferentes e que atendem a realidade de um determinado período. Logo, falar de política de humanização em saúde é algo que precisa ser compreendido ao longo da sua trajetória histórica de lutas.

Historicamente, a descrição do conjunto de fatores que permitem a humanização do cuidado em saúde está presente desde meados de 1950 e os primeiros esforços em delimitar estes termos datam década de 1970 (CASATE, CÔRREA, 2005; DESLANDES, 2006, BRUSCATO, 2012, p. 47).

No Brasil, a discussão sobre humanização no campo da saúde está diretamente ligada ao processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual ocorreu no momento de redemocratização da sociedade brasileira.

Assim, em meio às discussões de qualificação do SUS, surge a Política Nacional de Humanização (PNH). A referida política baseia-se na defesa da vida por meio do direito de todos a saúde. Bruscatto et al. (2012; p.49) salienta que

a Política Nacional de Humanização, propõe uma mudança na cultura da atenção ao usuário e da gestão dos processos de trabalho e tem, como objetivo fundamental, aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e das unidades de saúde com a comunidade. Para sua construção, a humanização é vista como dimensão fundamental, uma marca que produz modo de viver.

Sendo assim, para que haja humanização deve existir um comprometimento de toda a equipe para que o sofrimento do paciente seja dirigido com cuidado. A PNH preconiza a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

A Política Nacional de Humanização tem como princípios a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autônoma dos sujeitos coletivos.

Com o princípio da transversalidade, que reconhece que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, faz com que se tenha uma prática pautada na autonomia dos sujeitos coletivos, fazendo com que a PNH atue a partir das orientações clínicas, éticas e políticas que se traduzem em determinados arranjos de trabalho fazendo

com que haja a indissociabilidade entre atenção, gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia desses sujeitos coletivos.

Deste modo, as diretrizes da PNH são identificadas como acolhimento entre equipes/serviços e usuários/populações; gestão participativa e cogestão; valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e a clínica ampliada e compartilhada.

A clínica ampliada tem como foco contribuir para uma “abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença.” (BRASIL, 2013). A clínica ampliada,

consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico. (BRASIL, 2009).

Ampliar, portanto, a clínica é aumentar a autonomia do usuário dos serviços de saúde, da família e da comunidade. É também integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário.

Nesse contexto, se faz necessário pensar que a clínica ampliada existe em interface com movimentos de troca entre paciente e profissionais de saúde e este encontro ocorre entre modos de subjetivação fabricados no coletivo, no plano social, em que o instituído e o novo são forças em movimento. Para Cunha, (2005, p.46):

a clínica, então, é sempre uma interação complexa entre sujeitos. Apesar de todas as proteções institucionais, a clínica efetivamente é um encontro entre dois Sujeitos singulares. Um profissional e um "doente", uma equipe e um "doente", uma equipe e um Sujeito coletivo (uma família ou uma comunidade, etc.). Neste modelo de análise entendemos a clínica com uma dimensão política e subjetiva muito forte.

Como a proposta da clínica ampliada é compartilhamento e trabalho coletivo, ela se encaixa com a proposta do NASF que é ter um olhar clínico mais abrangente, e que considere o contexto no qual o indivíduo está inserido, sua realidade socioeconômica, suas relações familiares e seus aspectos emocionais.

É importante compreender, então, a clínica ampliada, diretriz da PNH, é uma prática norteadora das equipes do NASF, pois permeia a lógica do trabalho coletivo, onde as equipes devem estar bem integradas e que possam ouvir as experiências dos atendidos de diferentes lugares.

1.3. A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DE GRUPOS NAS UBS

A todo momento as pessoas se relacionam e desde muito cedo elas são inseridas em grupos sociais que ajudam a se constituir enquanto sujeitos sociais.

Pensar em processo grupal, remete a necessidade que as pessoas possuem de estabelecer relações em busca de objetivos em comum, muitas vezes estabelecem coalisões no intuito de atingir um determinado propósito. Segundo Lewin (1973, p.54),

a essência de um grupo não reside na similitude ou dissimilitude de seus membros, senão em sua interdependência. Um grupo pode ser caracterizado como um “todo dinâmico”; isto significa que uma mudança no estado de uma das partes modifica o estado de qualquer outra parte. O grau de interdependência das partes ou membros do grupo varia, em todos os casos, entre uma massa sem coesão alguma e uma unidade composta.

Partindo da premissa que o processo grupal possibilita as pessoas a estabelecer relações de troca em determinadas situações, o trabalho em grupo na atenção primária se torna uma alternativa adequada para práticas assistenciais. Os grupos, a depender de como seja constituído, pode se tornar grandes instrumentos de troca e disseminação de informações pertinentes a saúde da população.

Como o NASF tem como objetivo fortalecer e ampliar as ações das equipes que atuam nas USF, os grupos psicoterapêuticos, psicoeducativos e de orientação psicológica se constituem, por exemplo, como um recurso importante para ser utilizado correlacionando situações cotidianas de saúde do sujeito como estratégias de enfrentamento de possíveis problemas com a sua saúde.

APUD (2012 p.88 e 89) afirmam que:

um dos objetivos do trabalho em grupo consiste em correlacionar os fatos que interferem na doença com situações vividas pelo paciente, buscando a expressão de sentimentos, através de um clima acolhedor de tais manifestações, proporcionando a troca de vivências. O trabalho em grupo propicia a oportunidade não só de refletir sobre as experiências emocionais cotidianas, mas de aprender com elas, na medida em que, no grupo, o sujeito tem inúmeras percepções de como os outros participantes lidam com os próprios problemas.

É importante salientar que os grupos não devem ser criados apenas para servir de espaço de informações sobre doenças e orientação sobre elas, por parte dos profissionais de saúde. O grupo deve ser um espaço de trocas significativas e devem ser construídos a partir de demandas locais de uma determinada comunidade, com seus anseios e necessidades. Após constituídos, os processos

grupais devem possibilitar uma melhor escuta e reflexão dos diálogos entre os atores (profissionais de saúde e usuários) envolvidos.

Diante da condição que os sujeitos se constituem nas relações sociais e os processos grupais, que são desenvolvidos nas USF, é salutar observar que as práticas de intervenção do NASF podem ultrapassar as práticas de apoio a saúde e podem se constituir como espaços de construção coletiva identitária de um determinado grupo.

Silvia Lane (1984, p.78), teórica que defende a transformação social através de práticas coletivas, considera que

o grupo é condição necessária para conhecer as determinações sociais que agem sobre o indivíduo bem como a sua ação com sujeito histórico, partindo do pressuposto que toda ação transformadora da sociedade só pode ocorrer quando indivíduos se agrupam.

Nesta perspectiva, a formação dos grupos nas UBS pela equipe do NASF, em especial pelos profissionais de Psicologia, se torna ainda mais importante, pois além de desempenhar o papel de orientação para promoção de saúde, ele, o grupo, pode se tornar um instrumento de transformação social que favoreça aos sujeitos a lutar por condições de vida melhor.

1.4. TRANSTORNO DE ANSIEDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

A ansiedade é um estado natural para os seres humanos, desde os tempos remotos, pois para sobreviver, evolutivamente, a espécie humana precisou desenvolver estados de alerta para enfrentar os perigos aos quais eram expostos.

Ao longo do tempo, a maneira como as sociedades modernas se estruturaram, enaltecendo a natureza humana individual em prol de uma produtividade econômica, o ambiente ficou propício ao aparecimento de uma ansiedade patológica, pois o estado de alerta se tornou frequente e com maior intensidade e os sujeitos acabaram desestruturando a sua forma de agir perante as situações diárias. Geralmente, pessoas com transtornos de ansiedade apresentam muitos pensamentos intrusivos, negativos e o estresse passa ser uma realidade em sua vida. O estresse, gerado pelo excesso de ansiedade, manifesta-se em sintomas físicos e é a partir desse limiar, se o sujeito está perante um estado de alerta normal ou se existe uma potencialização desse estado, é que se faz

necessário identificar se a ansiedade passou a ser algo patológico que necessita de acompanhamento e tratamento.

As pessoas ansiosas apresentam um vasto número de sintomas e muitos resultam de um aumento de estimulação do sistema nervoso vegetativo ou autônomo, que controla o reflexo ataque-fuga. Outros são somatizações, ou seja, os indivíduos convertem a ansiedade em problemas físicos incluindo dores de cabeça, distúrbios intestinais e tensão muscular. (PSIQUIATRIA, 2014)

A definição de transtornos de ansiedade compreende um conjunto de quadros sintomatológicos com preocupação excessiva e persistente, medo de situações cotidianas, sensação de catástrofe eminente. Segundo o DSM – 5, os transtornos de ansiedade são classificados como: ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade por condição médica e transtorno de ansiedade não especificado.

A atenção primária é a principal porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde no Brasil e problemas com a saúde mental estão se apresentando de maneira muito proeminente nas UBS. A ansiedade, por exemplo, é uma queixa cada vez mais frequente na atenção primária por se tratar de uma condição incapacitante que perturba o bem-estar dos pacientes.

Estudos apontam para que a manifestação patológica da ansiedade é uma das patologias mais frequentes nos consultórios médicos e dentre os transtornos mentais que mais demandam procura por atendimentos na atenção primária, esse transtorno ocupa lugar de destaque (37%), apesar de ainda ser subdiagnosticado (CASTILLO, 2000; ROSA, 2012; CAIXETA, 2014).

Estima-se que as condições socioeconômicas e de violência urbana, potencializa as causas do aparecimento dos transtornos de ansiedade nos usuários da atenção primária de saúde. A pandemia do COVID-19 também se apresentou como agente potencializador do aumento do transtorno de ansiedade na população brasileira.

Como diz Pereira et al. (2021, p.3), “segundo a OMS (2020), o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo, com uma prevalência de cerca de 10 a 20% na população em geral”. Nesse sentido, entende-se que os problemas provenientes da pandemia de COVID-19 estendem-se a diferentes esferas da sociedade, trazendo problemas psicológicos e Transtornos de Ansiedade.

Diante do exposto, as USF recebem pacientes com sintomas que podem confundir com outras morbidades e o fato de possuírem um pouco de preconceito quanto a problemas com a saúde mental, os diagnósticos e a orientação quanto ao tratamento são prejudicados quando se trata de transtorno de ansiedade

Para Maja Beala et al (2014, p.345), “os sintomas subliminares, como palpitações, tremores, sudoreses excessiva, insônia e onicofagia, atrapalham essa detecção e o tratamento correto, fato que está associado principalmente a falta de conhecimento sobre o tema.” Os pacientes ainda têm muito preconceito quando o assunto é saúde mental e um passo fundamental para a melhoria do tratamento dessas alterações na saúde básica é a melhoria das fontes de informação aos pacientes e aos profissionais da área da saúde.

A fim de promover uma qualidade de vida aos pacientes com transtornos de ansiedade que buscam as UBS, é importante destacar o trabalho das equipes multiprofissionais como a do NASF, as quais buscam realizar um trabalho integrado fortalecendo a rede de atenção primária.

O trabalho desenvolvido pela equipe do NASF para apoiar na saúde mental dos pacientes das UBS, perpassa pelo apoio matricial, que segundo Campos e Domitti (2007, p.39),

o apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de SF, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e SM, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde.

O tratamento do transtorno de ansiedade deve ser associado a combinação de medicamentos e terapia cognitivo comportamental (TCC). Segundo Nicolau; Rocha (2014),” os medicamentos são uma parte fundamental no tratamento e depois de iniciar; é importante não interromper o tratamento sem conversar com o médico”.

Já a terapia cognitivo-comportamental ajuda a compreender os comportamentos e como conseguir controlá-los. Durante a terapia, e também em casa, o paciente aprenderá a compreender e controlar as visões distorcidas das supostas fontes de estresse da vida, como o comportamento de outras pessoas ou eventos importantes; conhecer e substituir os pensamentos que causam pânico, diminuindo o sentimento de impotência; gerenciar os pensamentos que causam pânico, diminuindo o sentimento de impotência; estresse e relaxar quando os sintomas ocorrerem; evitar pensar que as pequenas preocupações se transformarão em problemas muito graves. (NICOLAU; ROCHA, 2014).

2. VIVÊNCIA DO CAMPO DE ESTÁGIO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

As práticas de estágio que serão descritas no presente relatório aconteceram em cumprimento aos componentes de Estágio Supervisionado I e II do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A proposta do estágio é acompanhar e compreender o papel do psicólogo no NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no município de Santo Antonio de Jesus; reconhecer a importância do processo saúde-doença como resultante da interação complexa entre diversos determinantes como sociedade, cultura, educação, dentre outros; realizar acompanhamento domiciliar a pacientes que estão impossibilitados a irem a UBS; desenvolver a escuta psicológica no contexto de atenção à saúde primária dentro do NASF – Núcleo de Saúde da Família, nas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antonio de Jesus.

Sob a coordenação do campo da psicóloga Bárbara Daniela Maciel, profissional que integra a equipe do NASF do referido município e acompanha as USFs – Unidades de saúde da família aqui apresentadas: USF URBIS I / Calabar, USF URBIS II, USF Bela Vista, USF Fernando Queiroz, USF Zilda Arns, USF Viriato Lobo, USF São Paulo, USF Marita Amâncio, USF Irmã Dulce. Durante o estágio, foram realizados os acompanhamentos das atividades realizadas pela referida profissional com o intuito de presenciar as práticas de trabalho que competem ao psicólogo do NASF. Assim, acompanhamos no âmbito do estágio algumas visitas domiciliares, salas de espera, escutas psicológicas breves, acompanhamento de atendimento em grupo, apoio as equipes das agentes comunitárias de saúde para afirmar a importância do trabalho de integração com as equipes de saúde da família que é preconizado pelo NASF.

Inicialmente foi apresentado o cronograma da equipe do NASF para que nos situássemos onde a psicóloga estaria atendendo, pois a cada dia da semana uma profissional do NASF está numa USF do seu território de atuação. Percebemos então, o que está preconizado nas diretrizes do NASF sobre composição de equipe.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF. (BRASIL, 2014, p. 11).

É importante compreender que esse “apoio” que a equipe do NASF desenvolve com as equipes de saúde da família é denominado de apoio matricial e ele é importante pois serve de referência para as equipes que estão atuando nas UBS, como as agentes comunitárias de saúde.

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família). (BRASIL,2014, p.12).

Nesta perspectiva, estar acompanhando uma profissional de uma equipe multidisciplinar está se revelando uma experiência do campo muito rica e compreender como as UBS estão estruturadas com seus atores de atuação é fundamental para compreender a totalidade da atenção primária em saúde.

As agentes comunitárias de saúde, profissional que compõem a equipe de referência da saúde da família, desenvolvem um trabalho importante nas comunidades e são responsáveis pela identificação do público-alvo que são atendidos pela equipe do NASF. Através dos ACS conhecemos muitos dos pacientes e conseguimos compor os grupos de psicoeducação que trabalhamos com o tema do transtorno de ansiedade.

O primeiro contato com uma USF foi no bairro da URBIS IV, e a agente comunitária de saúde – ACS do serviço pediu para a psicóloga do NASF realizar um atendimento individual, em caráter excepcional, a uma paciente que havia passado por uma amputação da perna recentemente, pois havia muito sofrimento, por parte da paciente que estava na UBS, ela chorava muito e relatava falta de sentido na vida, devido a amputação. Antes de realizar o atendimento individualizado, a psicóloga Daniela sinalizou da importância da composição de um grupo de psicoeducação na referida USF, pois seu papel enquanto integrante do NASF não seria de fazer atendimentos individualizados exclusivamente, mas sim atuar de maneira coletiva e ampliada para garantia do fortalecimento dos laços comunitários, compreendendo assim que isso também é cuidado em saúde mental (CREPOP, 2019). Nesta mesma Unidade, foi possível vivenciar a sala de espera, cujo tema abordado foi janeiro Branco – Prevenção a saúde mental. A sala de espera é um

momento de oportunidade e integração com o público que frequenta a USF. Com o passar do tempo, a sala de espera foi acontecendo com o tema Ansiedade e a importância do autocuidado, a qual pudemos assumir de maneira autônoma.

Veríssimo e Valle (2005) mencionam que

a sala de espera é caracterizada como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, com a transformação do período de espera pelas consultas médicas em momentos de trabalho, podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiência comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.

Durante a realização da sala de espera, foi possível perceber o quanto as pessoas chegaram em busca de atendimento psicoterapêutico e que apresentaram sintomatologias de transtorno de ansiedade, pois após explanarmos sobre a importância do autocuidado, dentro do tema janeiro branco, os pacientes interagiram falando sobre o quanto sentem sintomas de ansiedade, como pensamento acelerado, medo do futuro, principalmente durante o período do isolamento social devido ao COVID -19, tristeza sem motivo aparente.

A pandemia de Covid-19, portanto, causou medo, pânico, sensação de pavor e impotência nas pessoas. De acordo com Zanon et al. (2020, p.2), “devido à possibilidade desse cenário ser estendido à população geral na pandemia de COVID-19, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções eficientes para reduzir o sofrimento psicológico das pessoas”. Nesse contexto, as consequências provenientes da COVID –19 na sociedade, no que se refere aos problemas psicológicos, ainda estão longe de serem solucionados e a consequência é uma população adoecida que necessita de cuidados. Então, se dentro das USF os grupos de psicoeducação funcionar, eles podem ser uma estratégia eficaz no manejo da ansiedade para os usuários do serviço.

As UBS apresentam um fluxo de atendimento bem diversificado e geralmente quando não se tem o profissional médico nas Unidades a demanda de pessoas que procuram o serviço é menor. Na USF da URBIS I, cujo a demanda foi baixa, a ACS nos apresentou a situação de uma mãe que precisava de apoio para ajudar a filha que apresentou sintomas do transtorno de ansiedade, pelo relato da usuária, que procurou a ACS, a filha deixou de frequentar a escola por medo de estar em contato com outras pessoas. A psicóloga do NASF acolheu a usuária e orientou que ela pudesse trazer a filha ao nosso encontro numa outra oportunidade. Rolin, De Oliveira e Batista (2020, p.2) sinaliza que

a ansiedade é um estado de medo absoluto que paralisa o sujeito de uma forma extraordinária. Na maioria das vezes a pessoa perde o controle das emoções, sentimentos e comportamento, podendo ter uma percepção da vida acelerada, mas ao mesmo tempo não consegue ir a lugar nenhum, uma vez que, o que acelera na vida da pessoa com ansiedade são seus pensamentos em relação ao futuro, tendo momentos insuportáveis.

Nesse mesmo dia, a referida agente comunitária de saúde relatou duas situações de membros do território atendido por ela que precisavam de atendimento domiciliar. A primeira paciente, era idosa, acamada, com quadro clínico de diabetes e que a família necessitava de orientação de como lidar com essa nova realidade de uma pessoa acamada e que necessitava de cuidados e a responsabilidade estava recaindo apenas para uma parte da família. Já o outro paciente do atendimento domiciliar, também portador de diabetes, apresentava um quadro de resistência ao tratamento, com perda de visão e maus-tratos a sua cuidadora. A esposa desse paciente, sua cuidadora, está visivelmente cansada e abatida com a realidade de tentar cuidar de uma pessoa que a distraía. Sugerimos que a esposa do paciente pudesse frequentar ao grupo de psicoeducação que estava sendo criado na USF com o propósito de trabalhar com a temática da ansiedade.

O convite dessa usuária do serviço para participação do grupo de psicoeducação é uma tentativa de[...] “propiciar a oportunidade não só de refletir sobre as experiências emocionais cotidianas, mas de aprender com elas, na medida em que, no grupo, o sujeito tem inúmeras percepções de como os outros participantes lidam com os próprios problemas”. (Santos Andrade, 2003, p.89).

Realizar o atendimento domiciliar possibilita um acolhimento para os pacientes e toda família e ajuda a estabelecer um vínculo para ações que as equipes deseja propor. Em uma outra visita domiciliar que realizamos a um jovem, com possível quadro de transtorno mental, convidamos a mãe para participar do grupo psicoeducativo que seria abordado o tema de ansiedade, vimos que o grupo poderia ajudá-la a se fortalecer na condução do tratamento do filho.

Realizamos atendimentos domiciliares a pacientes que possuíam doenças crônicas, em estado terminal. Nesse contexto, pudemos vivenciar a importância dos cuidados paliativos para amenizar o sofrimento e ansiedade do paciente e seus familiares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) “define cuidados paliativos como uma abordagem terapêutica que promove qualidade de vida e alívio do

sofrimento aos pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados às doenças que ameaçam a continuidade da vida.”

Em uma das visitas encontramos com um paciente acometido por um câncer em fase terminal, ele havia assinado se responsabilizando por sua saída do hospital, pois desejava falecer em casa. A esposa deste paciente estava bastante consternada com a condição de finitude do companheiro e demonstrou necessidade de acompanhamento psicoterapêutico, pois apresentou sintomas de ansiedade, como agitação, preocupação exagerada e o comportamento dessa senhora nos chamou atenção de como ela reagiria ao falecimento do companheiro. Esse paciente veio a falecer duas semanas após a nossa visita domiciliar. Uma outra paciente, em condição semelhante, mostrou muita tristeza, com desejo de não receber as pessoas, mania de limpeza e pouca esperança no futuro.

Para as situações acima mencionadas, Maciel (2008), revela que

“[...] o foco da atenção não deve ser na doença a ser curada, mas no paciente em seus aspectos biopsicossociais, compreendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento.”

À medida que o fomos conhecendo as USF, percebemos as peculiaridades e a importância de conhecer a territorialidade das Unidades. Nenhuma Unidade, embora com as mesmas diretrizes, são iguais, pois as características das pessoas com suas subjetividades fazem com que cada espaço seja único. Os documentos norteadores do NASF preconizam que:

no SUS e na saúde coletiva, o território (em suas dimensões físicas, sociais e existenciais, dinamicamente articuladas) tem sido considerado um elemento fundamental para a organização e a gestão do processo de trabalho na Atenção Básica, uma vez que nele se processa a vida e, como parte dela, o processo saúde-doença-cuidado. Nesse sentido, a análise da realidade local (do que se tem, do que se necessita e do que se quer ter) deve ser feita com vigor e senso prático [...]. (BRASIL, 2014, p. 30).

Após conhecer todas as Unidades da Saúde da Família, percebemos que a maioria dos usuários que são encaminhados para a psicóloga do NASF tem queixas de ansiedade e por isso a proposta da formação dos grupos com a temática sobre a ansiedade foi bem aceita e na USF da URBIS II. No segundo encontro do grupo psicoeducativo, estavam presentes uma média de 08 participantes e de maneira espontânea os participantes foram relatando as situações que causam ansiedades e de como os sintomas da ansiedade prejudica o bom funcionamento do seu dia. Uma integrante do grupo afirmou que sair de casa causa um grande sofrimento. Segundo Gama (2019, p.6), “o transtorno de ansiedade é caracterizado por preocupação

exagerada e muita expectativa. A pessoa tem a tendência de se preocupar com coisas pequenas, mas se repetem várias vezes, trazendo consigo um desgaste físico e mental”. Com isso, trabalhar a identificação dos sintomas da população que sofre de ansiedade é importante para que possamos estabelecer estratégias de enfrentamento.

Os integrantes ao perceberem que situações semelhantes aconteciam com eles, começaram a compreender que verbalizar seu sentimento de maneira coletiva estava ocasionando conforto para si. Para Rasesa; Rocha, (2010),

os grupos constituem espaços de aprendizagem, convivência e socialização. O processo grupal permite uma rica troca de experiências e transformações subjetivas não alcançadas em um atendimento individualizado, o que se deve à singularidade dos integrantes que compõem os grupos, tornando variadas as trocas de conhecimento durante sua realização.

Compreender de maneira compartilhada que existe controle para o transtorno da ansiedade através do grupo é uma prática importante na lógica do trabalho coletivo. No decorrer das atividades, os pacientes sinalizam que o grupo ajudou no controle das suas emoções e que perceber que não estão sozinhos é uma forma de se fortalecer para que busquem ajuda.

A partir desses indícios é que podemos perceber como é significativo a formação dos grupos como prática qualificada na atuação da saúde pública. Investir em processos grupais é uma forma de romper com práticas de saúde individualizantes.

O tratamento para o Transtorno da Ansiedade está baseado em acompanhamento médico, psicofarmacologia e psicoterapia. Estudos apontam, no entanto, para diferentes métodos para diminuir a tensão, como os relaxamentos ou a meditação (Menezes e Dell'Aglio, 2009; Neto, 2011). Algumas USF, em que os grupos foram estabelecidos e que havia a frequência de encontros quinzenalmente, foram trabalhadas técnicas de respiração e relaxamento na tentativa de apresentar estratégias de enfrentamento a uma possível crise.

Com o avançar das atividades de campo do estágio, percebemos a crescente da população de jovens e adolescentes que buscam as USF com sintomas de ansiedade. Muitos afirmam sentir taquicardia, dificuldade para dormir, sudoreses, evitamento de eventos sociais, falta de concentração para atividades escolares. Sinalizaram que a pandemia potencializou os sintomas e os desafios enfrentados no cotidiano como problemas familiares, desemprego, falta de esperança em dias

melhores acarretam o aparecimento do transtorno de ansiedade. Alguns jovens já são acompanhados por médicos psiquiatras e tomam medicamentos ansiolíticos ou benzodiazepinas, outros desejam ajuda, mas não sabem onde encontrar e nesse momento as ACS desenvolvem um papel singular no encaminhamento dessas pessoas a USF para formação e participação dos grupos psicoeducativos.

O NASF/AB recebeu a orientação para que fosse atendido os sobreviventes e/ou familiares da tragédia da exploração da Fábrica de fogos, ocorrida em 11 de dezembro de 1998. A determinação fez parte de um conjunto de medidas que a gestão municipal precisou adotar após o Brasil ter sido condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos pelas mortes e violações de direitos humanos dos trabalhadores da Fábrica de Fogos.

Caracterizado com a maior tragédia do município, as vítimas eram, em sua maioria mulheres, pretas e em condições precárias de trabalho e havia crianças em situação de trabalho infantil.

Dos 64 trabalhadores mortos na explosão, 63 eram mulheres. A única vítima do sexo masculino era uma criança de 11 anos de idade. Dentre as vítimas havia 22 crianças e adolescentes, com idades entre 11 e 17 anos. A imensa maioria eram negras – dos 57 atestados de óbito juntados ao processo, 49 eram de pessoas negras, 3 brancas, e 6 sem identificação. Quatro mulheres grávidas e três nascituros também foram vítimas da explosão. (Global.Org, 2020).

O atendimento ocorreu em todas as USF atendidas pela psicóloga Bárbara Daniela, de maneira individualizada e a cada história foi possível identificar como um evento traumático pode trazer consequências irreparáveis na vida dos sujeitos envolvidos na tragédia.

Aqui cabe uma reflexão sobre como a interação social e como o sujeito está inserido na sociedade pode ser um fator potencializador de desenvolvimento de possíveis transtornos e de como esse sujeito vai produzir saúde. Carvalho (1989, p.95), diz que “o indivíduo é também um ser biológico que evoluiu num mundo sociocultural que ele ia criando enquanto evoluía e que, ao mesmo tempo o criava, modulando essa evolução.” Ou seja, as vítimas do 11 de dezembro, eram na sua maioria, mulheres, crianças, negras, pobres inseridas num contexto social de pobreza estrutural. Então essa condição social, estimula para que essas pessoas acabem se submetendo a condições precárias de trabalho e tem uma condição social desfavorável para que produza saúde.

Atendemos a muitos familiares que perderam filhas, mães, irmãos na exploração da fábrica de fogos e, mesmo àqueles que eram muito pequenos na ocasião, relataram o quanto ficou marcado em sua história ter vivenciado a maior tragédia da cidade. Alguns familiares das vítimas desenvolveram o transtorno de ansiedade. Em um dos atendimentos, o pai de uma vítima, relatou que a esposa, logo após saber do acidente, passou muito mal e a partir desse dia não consegue sair de casa, reage as situações com impotência e intenso medo. Os sintomas apresentados, caracterizam um possível desenvolvimento de um transtorno de estresse pós-traumático, que é um tipo de transtorno de ansiedade, que pode se desenvolver em pessoas que vivenciaram um evento traumático.

Segundo o DSM – 5 o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) constitui-se de lembranças recorrentes intrusivas de um evento traumático opressivo. Os sintomas do transtorno do estresse pós-traumático podem ser subdivididos em intrusões, esquiva, alterações negativas da cognição e do humor e alterações de excitação e da reatividade. Os pacientes, que na tragédia já eram adultos, ao recordar da situação, relataram que vivenciaram sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, no entanto, não receberam nenhuma assistência das autoridades públicas e nem dos proprietários da fábrica de fogos.

Embora todas as equipes das USFs sejam receptivas aos profissionais do NASF, há alguns desafios como falta de espaço adequado para atendimento dos usuários e composição do grupo. Muitas vezes a psicóloga precisou aguardar para saber qual sala iríamos desenvolver as atividades. Muitas equipes, sejam de estágio de outras especialidades como médicos, fisioterapeutas, seja pelo atendimento comum da USF se aglomeram no mesmo dia, fato que evidenciou que haviam momentos que tinham mais profissionais de saúde do que usuários na USF. Ambientes muito abafados e quentes prejudicam o bem-estar da população e dos profissionais que fazem o atendimento nas Unidades.

Para compreender quais são as dificuldades que as Agentes comunitárias de saúde enfrentam para atrair a população para participar das atividades psicoeducativas, a psicóloga do NASF realizou uma reunião com as ACS de uma das USF e foi verbalizado que a resistência da comunidade é devido a não continuidade das ações de grupo que são realizadas. As pessoas verbalizaram, segundo as ACS, que quando muda as equipes de trabalho, as ações são descontinuadas, com isso os vínculos são quebrados e não desejam ir a USF para

participação de qualquer atividade educativa. Buscam as Unidades apenas para serviços básicos como vacinação, adquirir remédios ou quando o médico da saúde da família encontra-se presente. Esse relato faz lembrar que práticas assim remete ao modelo tradicional de assistência, que está baseado em especialidades médicas. Fato que precisa ser ultrapassado de acordo com a Política Nacional de Humanização.

É necessário combater essa realidade através de ações que tragam significado as comunidades, persistir nos princípios do NASF, como organizar as ofertas levando em conta as especificidades da clientela no contexto local, reconhecimento dos problemas dos usuários pelos profissionais, são condições que devem ser discutidas para que estratégias sejam estabelecidas para atrair o público-alvo. Sabemos que existe inúmeras dificuldades do próprio sistema para que o atendimento seja comprometido, porém enfrentar os desafios com ações diárias e coletivas faz parte do compromisso que todo profissional de saúde deve ter com a população atendida.

Atividades como recolhimento de assinaturas da sala de espera, preenchimento dos prontuários da Unidade, ficha de produção do E-SUS, cadernos de frequência do NASF e o registro do livro de controle das atividades coletivas da USF são práticas que fazem parte da dinâmica diária do trabalho, as quais ficam nos arquivos da USF ou são encaminhadas para o Ministério da Saúde.

Vivenciar a realidade das USF através do NASF é uma experiência rica e importante para compreender a proposta de equipe de referência que objetiva ampliar as possibilidades de construção do vínculo entre profissionais e usuários. Perceber que o transtorno de ansiedade é um estado de desequilíbrio mental, emocional, comportamental que acomete tantas pessoas afetando sua condição produtiva e de qualidade de vida, nos faz refletir do quando o meio social, da maneira que está estruturado, potencializa o aparecimento da ansiedade em sua forma patológica.

3. CONCLUSÃO

Ao longo desse relatório procurei descrever a vivência experimentada nas Unidades de Saúde da Família com a psicóloga do NASF em cumprimento ao componente Estágio Supervisionado I e II. Essa experiência proporcionou entender a importância do NASF como apoio às equipes de Saúde da Família e como ele atua dentro das diretrizes da Atenção Primária de Saúde, que preconiza ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular promoção da saúde e humanização. (BRUSCATO, 2012).

A riqueza do campo de atuação da equipe do NASF é singular e nos proporcionou acesso a diversas e diferentes atividades, cujo objetivo é fortalecer o vínculo entre usuário e equipe da atenção básica.

Constatar que as questões de interação social, influenciam na forma como produzimos saúde e perceber que as causas dos transtornos ansiosos estão relacionadas, provavelmente, a questões multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos, nos fez entender como situações, como a pandemia da COVID-19, ampliou o número de pessoas com sintomas de ansiedade.

Sendo assim, acreditar que o trabalho em grupo pode proporcionar a oportunidade das pessoas a refletirem e se apoiarem enquanto sujeitos que estão passando por situações semelhantes com o transtorno da ansiedade e que através do diálogo, fortalecimento de vínculos e análises de possíveis estratégias de enfrentamento, elas podem descobrir caminhos para controlar gatilhos que desencadeie crises de ansiedade e assim entender que o transtorno é algo sério e que necessita de tratamento.

Investir, então, em grupos para conhecer o transtorno de ansiedade é uma estratégia pertinente, pois o índice de usuários que relatam incapacidade de lidar com suas tarefas diárias devido aos sintomas do transtorno foi uma crescente observada no campo do estágio seja nos atendimentos individualizados ou nas atividades coletivas.

Logo, buscar as práticas de clínica ampliada previstas na política de humanização em saúde é fundamental para mudança de uma visão tradicional diante de tratamentos para o transtorno da ansiedade. O esforço, então, para a formação dos grupos psicoeducativos dentro das USF mostra como essa ação pode

ser uma alternativa adequada e produtiva para as práticas assistenciais e de mudança de paradigma tanto com os usuários do serviço, quanto com os profissionais de saúde que compõem as Unidades.

Alguns desafios foram identificados dentro das USF para que o trabalho do NASF ocorra de maneira eficaz, porém percebi que há esforço para ultrapassar esses desafios principalmente por parte das Agentes Comunitárias de Saúde. Quanto a população, percebemos que ainda possuem uma visão tradicional do serviço e verbalizam que o conceito de saúde é a ausência de doença.

Enfim, a experiência do Estágio Supervisionado I e II foi muito rica e válida, pois proporcionou compreendermos os desafios existentes na Atenção Básica em Saúde, porém os resultados que podem ser colhidos, se fizermos o trabalho como estão previstos nos documentos norteadores da atenção primária com o apoio previsto pelo NASF, teremos uma atuação ainda mais sólida dos profissionais que atuam na Atenção Primária e poderemos contribuir para uma prática mais humanizada e que possa munir as pessoas de informação quanto a temas como o transtorno de ansiedade e demais problemas que acometem a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIALA, M. *et al.* Psychiatric symptomatology and personality in a population of primare care patients. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, 2014, Vol 21, No 2, 344–348.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. In: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRUSCATO, Laura Wilze (Org.) **A Psicologia na Saúde: da atenção básica à alta complexidade**. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2012.

CAIXETA, Pedro Paulo Pereira. **Ansiedade na Atenção Primária: Como lidar**. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PEDRO%20PAULO%20PEREIRA%20CAIXETA.pdf>. Acesso em: 30 de Janeiro de 2022.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev, 2007.

Cartilha Política Nacional de Humanização. Disponível em In: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 07 de fevereiro de 2022.

CARVALHO, A.M.A. **O lugar do biológico na Psicologia**. Biotemas, 2, 81 -92. 1989

CASTILLO, A. R. G. L. *et al.* Transtornos de Ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde** / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 2. ed. — Brasília: CFP, 2019.

Corte Interamericana condena Brasil por mortes em Fábrica de fogos no Recôncavo Baiano. **Global.Org**. Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2020 Disponível em: <http://www.global.org.br/blog/corte-interamericana-condena-brasil-por-mortes-em-fabrica-de-fogos-no-reconcavo-baiano/> Acesso: 16 de julho de 2022.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 206p.

FERNANDES, Elaine Toledo Pitanga, SOUZA, Melissa Nathielle de Lima, RODRIGUES, Suely Maria. **Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da**

Família: perspectiva do usuário. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>. Acesso em: 8 de julho de 2022.

GAMA, C. L. D.S.. Artigo-Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. Serra-ES. 01-23. Disponível em <https://dspace.doctum.edu.br>. Handle123456789/2833, 2019.

GONCALVES, D.A. *et.al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

LANE, S. T. M.. O processo grupal. In S. T. M. Lane & W. Codo (Org.), **Psicologia Social: o homem em movimento.** (pp. 78-98). São Paulo: Brasiliense. 1984.

LEWIN, Kurt. **Problemas de dinâmica de grupo.** 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 1973.

MACIEL, MGS. **Definições e princípios.** In: cuidados paliativos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. São Paulo, 2008.

MENEZES, C.B.; DELL'AGLIO, D.D. 2009. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 29(2):276-289.

NICOLAU, P. F.; ROCHA, C. N. PSQUIATRIA GERAL. Disponível em: https://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm>. Acesso em 07 de julho de 2022. 2014

PEREIRA, A. C. C. *et al.* O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, 4(2), 094-4110. 2021.

RASERA, Emerson Fernando; ROCHA, Rita Martins Godoy. **Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública.** 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/ptvGxntr4PMR7QPYYVBCXzDM/?format=pdf&lang=pt>

ROLIM, Josiane Alves et al (2020). Manejo da ansiedade no enfrentamento da COVID -19. **Revista Enfermagem e saúde coletiva:** Faculdade de São Paulo – FSP, 2020

SANTOS, Luciane de Medeiros dos *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública [online]**. V. 40, N. 2, 2006. pp. 346-352

SUNDFELD, Ana Cristina. **Clínica ampliada na atenção básica e processo de subjetivação: Relato de uma experiência.** Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>. Acesso em 08 de julho de 2022. 2010.

SANTOS, F. R.; ANDRADE, C. P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista APS**. Juiz de Fora: V.6, N.1, pp.1-10, jan./jun. 2003.

UNGARETTI; Mariana Streiger; ANDRETTA; Ilana; WILLHELM; Alice Rodrigues. A importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100009.

VERÍSSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 28-36, dez. 2005. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13571/1/Artigo_Gabriela.pdf.

ZANON, C. *et al.*. COVID-19: implicações e aplicações da Psicologia Positiva em tempos de pandemia. **Estudos de Psicologia**. 37. 2020