

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA  
PÚBLICO DE SAÚDE

Danuza Oliveira Rodrigues

**EXPERIÊNCIAS NO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA  
EM SAÚDE MENTAL: A PSICOLOGIA INSERIDA NO NÚCLEO  
AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA – NASF-  
AB**

Santa Maria, RS  
2020

**Danuza Oliveira Rodrigues**

**EXPERIÊNCIAS NO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA  
EM SAÚDE MENTAL: A PSICOLOGIA INSERIDA NO NÚCLEO  
AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA – NASF-  
AB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde Mental.**

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Me. **Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi**

Santa Maria, RS  
2020

**Danuza Oliveira Rodrigues**

**EXPERIÊNCIAS NO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: A PSICOLOGIA INSERIDA NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA – NASF-AB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde Mental.

**Aprovado em 27 de Fevereiro de 2020:**

---

**Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi, Me. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientador)

---

**Me. Pamela Kurtz Cezar, Me. (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Dorian Monica Arpini, Dra. (UFSM)**

---

**Felix Miguel Nascimento Guazina, Dr. (UFN)**

Santa Maria, RS  
2020

## RESUMO

### EXPERIÊNCIAS NO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: A PSICOLOGIA INSERIDA NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA – NASF-AB

O trabalho discute a inserção profissional de uma psicóloga residente em saúde mental em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), bem como a importância dessa vivência para a formação de especialistas em Saúde Mental. Trata-se de um relato de experiência que objetiva descrever e discutir a interface entre saúde mental e Atenção Básica a partir desse percurso. É um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, baseado nas atividades práticas e teórico-práticas de uma psicóloga residente, com ênfase em saúde mental, inserida em um NASF-AB, no período de Março de 2019 a Fevereiro de 2020. Como foco da problematização, foram utilizados dois eixos norteadores extraídos da vivência: 1. Desafios/fragilidades identificados no cotidiano do trabalho da Saúde Mental na Atenção Básica e 2: Potencialidades vivenciadas no contexto da experiência. Verificou-se, portanto, os desafios que emergiram para a psicóloga na Atenção Básica foram: a expectativa das equipes e dos usuários em relação ao trabalho do psicólogo e a demanda por atendimentos nos moldes da clínica tradicional; a percepção dos profissionais das equipes em relação à saúde mental e a dificuldade em acolher e manejar casos de saúde mental. Em contrapartida, as potencialidades encontradas foram: a realização do matriciamento; as reuniões de equipe enquanto espaço potencial para educação permanente e o cuidado ampliado em saúde mental com foco no território. Embora tenha se identificado fragilidades na aproximação é necessário investir nesse espaço de formação para o residente em saúde mental e, além disso, fortalecer espaços de educação permanente para as equipes. Por fim, destaca-se a importância do Programa de Residência Multiprofissional como uma estratégia potente para produzir mudanças na prática profissional em Psicologia, tendo em vista a articulação entre diferentes profissões, prática e formação, que produz ações ampliadas e plurais as quais têm impactado nos processos de trabalho.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional; Psicologia; Saúde mental; Atenção Básica; NASF-AB.

## **ABSTRACT**

### **EXPERIENCES IN THE FORMATIVE PROCESS OF RESIDENCY IN MENTAL HEALTH: THE PSYCHOLOGY INSERTED IN THE EXPANDED NUCLEUS OF FAMILY HEALTH AND PRIMARY CARE**

The work discusses the professional insertion of a resident psychologist in mental health in an expanded Family Health and Primary Care Center. (Nasf-AB), as well the importance of this experience for the health mental qualification. This is an experience report that aims to describe and discuss the interface between mental health and Primary Care from this experience. This is a descriptive experience-based study, in which was utilized practical and theoretical-practical activities of a resident psychologist, with emphasis in mental health, inserted in a NASF-AB, from March 2019 to February 2020. The main focus of the study based on this experience was: 1. Work challenges and; 2. Work potentiality. The challenges that were relevant for basic attention psychology: the team and patients expectancy in relation to the psychologist job and the demand for treatment in the tradition clinic molds; the perception of the team professional in relation a mental health and the difficulty in harvest and manage mental health cases. In the other hand, the potentiality found are: the execution of matrixing process; the team reunion as potential space for permanent education and the amplified care in mental health with focus in the territory. Although that were fragility identified in the approximation, it is necessary to invest in this space of formation for the resident in mental health and to fortify spaces of permanent education in health to the team. Finally, the importance of the Multiprofessional Residency Program is highlighted as a potent strategy to produce changes in professional practice in Psychology, considering the articulation between different professions, practice and training, which produces broad and plural actions that have impacted the work processes.

**Keywords:** Multi-professional Residence. Psychology. Mental Health. Basic Attention. NASF-AB.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de atenção Psicossocial
CAPS- AD	Centro de atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSI	Centro de atenção Psicossocial Infantil
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
PRMI/UFSM	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 DESENVOLVIMENTO .....	11
2.1 REVISÃO DE LITERATURA .....	11
2.2 METODOLOGIA .....	16
3 DISCUSSÃO E RESULTADOS .....	18
3.1 RELATOS DA EXPERIÊNCIA .....	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
REFERÊNCIAS .....	38

## 1 INTRODUÇÃO

A formação em saúde no Brasil, por um longo período, teve como base o modelo biomédico de assistência, não levando em conta elementos psicológicos e sociais ligados ao processo saúde-doença, interferindo na formação dos profissionais. Com o intuito de modificar esse cenário, o Ministério da Saúde (MS) se corresponsabilizou pela formação desses profissionais de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Um dos projetos apoiados pelo MS, pela potencialidade na formação do novo trabalhador nessa área, é a Residência em Saúde (RS). Entre suas modalidades, existe a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), criada em 1975 (FEUERWERKER, 1998). O trabalho em equipe multiprofissional ganhou destaque no cenário nacional nos anos 1970, e a partir disso, identificou-se o trabalho em equipe multidisciplinar como recurso de racionalização dos serviços de saúde, tendo em vista que essa modalidade atua de forma mais integrada na articulação de diversas áreas e integrando diversos saberes (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de ensino de pós-graduação *Latu sensu*, cuja finalidade é desenvolver competências dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Foi regulamentada, no ano de 2005, pela Lei Nº 11.129. É uma formação inovadora, tendo em vista que propõe a perspectiva da interdisciplinaridade, ao mesmo tempo em que resguarda as especialidades de cada profissão envolvida, possibilitando a troca de saberes entre profissionais das diferentes áreas. Os núcleos profissionais que o programa de residência multiprofissional pode contar são: Enfermagem, Biomedicina, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2012).

A carga horária do residente é de 60 horas semanais, dividida em teoria e prática, durante dois anos, com dedicação exclusiva (BRASIL, 2012). Os Programas de Residência Multiprofissional têm como propósito a inserção dos residentes na vivência cotidiana dos serviços, buscando potencializar a transformação das práticas, de acordo com as políticas de saúde.

A Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde Mental contempla essa perspectiva de formação, tendo a Reforma Psiquiátrica como política norteadora para as práticas do residente, a qual tenciona para à reorientação do modelo de atenção em saúde mental, proporcionando outro lugar social para a loucura (AMARANTE; NUNES, 2018). Através do

movimento da Reforma Psiquiátrica, novos desafios emergiram, tanto para o ensino quanto para a prática profissional, em virtude do modelo de reabilitação psicossocial vigente no SUS, que prioriza o cuidado e a assistência em saúde mental em serviços de base territorial, com enfoque na comunidade (CARVALHO, 2015).

De acordo com Lancetti (2001), as ações de saúde mental devem estar onde as pessoas estão. Por esse motivo, é de suma importância a discussão e a inclusão da saúde mental na Atenção Básica (AB), *locus* fundamental da rede de atenção em saúde mental, em razão da proximidade das equipes de atenção básica com as famílias e as comunidades. Estas unidades territoriais são vistas como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Neste sentido, a parceria entre saúde mental e atenção básica requer uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político (LANCETTI, 2001).

De acordo com dados do MS, em torno de 20% da população do país precisaria de algum tipo de cuidado em saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e demandam cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e necessitam de cuidados eventuais; 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, exigindo atendimento regular (BRASIL, 2003). Com base nesses indicadores, é imprescindível refletir a respeito de como a rede básica, juntamente com o apoio matricial realizado pelo NASF-AB, organiza-se para desenvolver estas intervenções e melhorar a resolubilidade e eficácia da Atenção Básica. O interesse em estudar a saúde mental inserida na Atenção Básica, surge a partir das vivências do Apoio Matricial em Saúde Mental realizado pelo NASF-AB do município de Santa Maria, enquanto psicóloga residente da Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMI/UFSM). Além disso, este relato justifica-se pela importância de se divulgar o trabalho do psicólogo na Atenção Básica, como modo de difundir novas práticas de cuidado, tendo em vista que existem poucas publicações na área. Ao encontro disso, Vieira e Oliveira (2012) referem a necessidade de serem publicadas experiências de trabalhos, em especial, da atuação do psicólogo no NASF, por considerarem o compartilhamento de tais experiências enquanto estímulo à reflexão de profissionais já atuantes, como também aos que pretendem atuar nesse campo.

Deste modo, este estudo tem a intenção de subsidiar a proposta do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) e contribuir para fomentar o debate sobre as estratégias possíveis para a ampliação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e articulação entre os profissionais que fazem parte da rede. Além disso, busca auxiliar na reflexão acerca de práticas menos fragmentadas e mais apropriadas ao contexto da Atenção Básica, de modo que o cuidado em saúde mental seja ampliado, fortalecendo a atenção ao sofrimento psíquico no município.

O problema de pesquisa norteador do estudo é como se dá o funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental, realizado pelo NASF-AB do município de Santa Maria, RS. O estudo tem como objetivo geral descrever a experiência de uma psicóloga residente em saúde mental inserida no NASF- AB no município de Santa Maria através do relato de experiência, a partir das vivências da residente, elucidando desafios e potencialidades, no intuito de valorar as relações estabelecidas com as demandas de saúde mental. Para alcançar esse objetivo, utilizaram-se eixos norteadores extraídos da vivência, para, ao longo do texto discutir: 1. Desafios/fragilidades identificadas no cotidiano do trabalho da Saúde Mental na Atenção Básica 2. Potencialidades vivenciadas no contexto da experiência. Ao final, esta discussão foi estendida à formação em saúde mental e ao trabalho no SUS, objetivando salientar a importância de trabalhos que contribuam para o desenvolvimento dessa especialidade em conformidade com a realidade do sistema de saúde do Brasil. Nesta esteira, primeiramente será aventada a revisão de literatura, que oferecerá os alicerces que pavimentarão a exposição do método utilizado, para na sequência avançar para o terreno da discussão dos resultados e posteriormente para as conclusões desta experiência *in loco*.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 REVISÃO DE LITERATURA

#### SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do SUS. Conforme seus princípios, deve possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que necessitam de um cuidado em saúde mental. Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, estando próxima da vida das pessoas e atuando em um território geograficamente conhecido, tornando possível aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e seus vínculos com a comunidade. A melhoria no acesso e na qualidade na atenção em saúde mental no SUS encontra-se, certamente, entre os maiores desafios que este sistema ainda tem por enfrentar, na perspectiva de cumprir sua finalidade de garantir serviços de saúde com qualidade, atendimento integral e inclusivo a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Saúde Mental, pautada na Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), trata sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e da reorientação do modelo assistencial. Novas formas de cuidado em saúde mental são propostas, sustentadas na atenção psicossocial, com ações centradas não mais na doença, mas no indivíduo e nas suas potencialidades (BRASIL, 2001). Apesar de estar em vigor há quase 20 anos e de ter trazido inúmeros benefícios na assistência no campo da saúde mental, a RPB é um processo ainda em construção, consequência da lenta desconstrução dos saberes, discursos e práticas psiquiátricas aliada à insistência no cuidado hospitalocêntrico, que se caracteriza por ser mais alienador do que produtor de ressocialização (COSTA et al., 2016).

Em relação aos avanços atrelados à RPB, está a rede de serviços territoriais de atenção psicossocial substitutivas ao modelo manicomial e à preconização no atendimento por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar. Tendo em vista isso, a Atenção Básica (AB) ganhou destaque como lugar potente de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico (SILVA; HATZENBERGER, 2016).

Neste campo de atuação, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) organiza-se como Rede Temática no âmbito do SUS, conforme Portaria nº. 3.088/2011, que institui a Rede de

Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, organizada pelos seguintes pontos estratégicos no município de Santa Maria, RS: Atenção Básica, Urgência e emergência, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar.

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo Centro de atenção Psicossocial (CAPS) da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos, de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção, em resposta às diferentes necessidades dos usuários, e a articulação entre os profissionais, na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Apesar das proposições políticas e dispositivos constituídos, os usuários não estão tendo uma resposta eficaz ao seu sofrimento na AB. Uma das hipóteses disso é a dificuldade dos profissionais em trabalhar com a saúde mental, que realizam a primeira escuta, e muitas vezes, ocasiona uma resposta falha às demandas de saúde mental (ANDREOLI, 2007; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Segundo Borsari (2013), as funções do NASF são fundamentais para que essa defasagem no cuidado em saúde mental seja superada e para promover a integração entre as ações de saúde básica e os dispositivos da rede de serviços de saúde mental. O NASF também possibilita trabalhar com os profissionais da AB, de maneira que estes se tornem aptos a acolher a demanda em saúde mental sem, necessariamente, ter que encaminhar a um serviço especializado (TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Para dar continuidade e embasar as discussões futuras, é válido falar um pouco mais do NASF-AB e seu processo de trabalho.

O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo

Ministério da Saúde em 2008, por meio da Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Com intuito de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, bem como a resolubilidade e a abrangência das ações em saúde. Os núcleos são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. A sua configuração mais recente ocorreu através da Portaria nº. 2.436, de setembro de 2017, que sancionou a Política Nacional de Atenção Básica e designou a revisão das diretrizes que compõem o funcionamento da Atenção Básica.

Destaca-se que os NASFs-AB não possuem estruturas físicas próprias. O trabalho se dá a partir das demandas das equipes apoiadas, que compartilham o cuidado no território. Essa atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares; permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

As ações de saúde realizadas pelo NASF fundamentam-se na lógica da Clínica Ampliada, do Apoio Matricial (AM), e no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Salienta-se que estas metodologias de trabalho exigem do profissional do NASF maleabilidade para lidar com os desafios da interdisciplinaridade, da interprofissionalidade, preparado a compartilhar seus conhecimentos de núcleo, sendo flexível a praticar uma nova forma de gestão e atenção em saúde, por meio de intervenções ampliadas e integradas. Dentre essas ações, está o AM, perspectiva de ação inerente ao trabalho do NASF-AB, ou seja, tendo isso como princípio é caro aos profissionais da equipe e os demais profissionais atuantes na Rede de Atenção à Saúde possuem conhecimentos teóricos e práticos desse dispositivo (BRASIL, 2008).

### O APOIO MATRICIAL (AM)

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não possuem uma demanda que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Neste sentido, o AM da Saúde Mental é potente para propiciar maior consistência a essas intervenções. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento

da capacidade resolutive das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos.

A relação entre a atenção básica à saúde e a rede substitutiva de cuidados à saúde mental vem se estabelecendo como uma das diretrizes históricas da consolidação e avanço da RPB, que reitera a centralidade da constituição dos dispositivos de base comunitária e territorial, como equipamentos importantes para se superar a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica. Neste contexto, busca-se fortalecer essa interface por meio do AM, ou seja, uma ação na qual uma equipe de especialistas de diferentes saberes apoia a equipe de referência de outra unidade, em casos de maior complexidade (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Cabe ressaltar que o trabalho da equipe de especialistas que apoiam o trabalho de equipes de atenção básica com o AM possui duas dimensões: suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico. Esta vai gerar uma ação e apoio educativo com e para a equipe, já aquela é a que origina uma ação clínica direta com os usuários (BRASIL, 2004, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Vale ressaltar que as duas dimensões podem ocorrer simultaneamente, o apoio pedagógico também ocorre no apoio técnico-assistencial, são duas dimensões que se articulam. Este dispositivo ocorre no cotidiano do trabalho, não é um ato formal com hora marcada, por isso as duas dimensões são equivalentes, ocorrem juntas e quando ocorrem no território são mais potentes. À medida que as equipes de um serviço se vinculam a outras que lhe dão apoio, conseguem produzir deslocamentos de saberes para todos os implicados, aumentando o grau de resolutividade dos serviços. Esta troca é enriquecedora para os profissionais de saúde e impactante para a atenção ao usuário, favorecendo a responsabilização e o vínculo. De acordo com Cunha e Campos (2011), a proposta do AM e equipe de referência vem como recurso para a organização do trabalho em saúde na Atenção Básica, objetivando limitar a fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais.

Destaca-se que este trabalho se baseia na interdisciplinaridade que transforma a prática tradicional, elevando o conhecimento dos profissionais entre si. Há um compartilhamento de saberes que aumenta a capacidade de ver o indivíduo como um todo, contribuindo para uma melhor efetividade do tratamento e a integralidade do cuidado. De acordo com Campos e Domitti (2007), este apoio em saúde tem a finalidade de assegurar retaguarda especializada à equipe e profissionais de referência, encarregados da atenção a problemas de saúde de determinados territórios.

Aliada à lógica do AM, está a clínica ampliada, que é a transformação da atenção

individual e coletiva que possibilita que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados, cuidando do indivíduo como um todo, buscando sua autonomia. Com isso, tem-se a proposta de cuidar de pessoas e não de doenças, na qual o usuário participa da construção de sua terapêutica, tornando-se corresponsável pelo cuidado. A clínica ampliada entende que a integralidade do cuidado perpassa por ações nos três níveis de atenção em saúde, primário, secundário e terciário, como também por ações intersetoriais (BRASIL, 2008). Uma prática exequível da clínica ampliada se dá na atenção básica, principalmente, na saúde mental.

Tendo como base o referencial teórico exposto, será apresentado o método escolhido de acordo com a demanda, visto que foram as ferramentas utilizadas e construídas ao longo do percurso o que possibilitou vivenciar a experiência. Logo a seguir, será descrito e discutido o relato da experiência vivida, com o intuito de mostrar a rotina e o processo de trabalho do NASF- AB.

## 2.2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a atuação de uma psicóloga vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM, com ênfase em saúde mental, tendo como campo de referência o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do município de Santa Maria, localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul. A experiência descrita aconteceu no período de Março de 2019 a Fevereiro de 2020 durante o segundo ano de residência. Foi empregada uma pesquisa de cunho qualitativo, descritiva, bibliográfica e documental.

O local de desenvolvimento da pesquisa foi o campo de referência da residente, o NASF-AB do município de Santa Maria. A experiência vivenciada será apresentada a partir de um relato de experiência, com dois eixos norteadores das discussões dessa vivência, o primeiro aborda os desafios e fragilidades identificadas no cotidiano do trabalho da Saúde Mental na Atenção Básica e o segundo trata das potencialidades vivenciadas no contexto da experiência.

Os sujeitos envolvidos são as seis equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) vinculadas ao NASF-AB, bem como os usuários do território adscrito dessas ESFs. A equipe do NASF-AB é composta por uma psicóloga, uma assistente social, uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta, sendo que todas as profissionais trabalham com Saúde Mental, o que é um diferencial.

Para a construção dos resultados da experiência a ser apresentada, utilizaram-se como suporte os instrumentos de acompanhamento da formação sugeridos pelo programa, como o portfólio, que corresponde ao instrumento de ativação do pensamento reflexivo, no viés de uma proposta de formação de natureza crítico-reflexiva, sustentada numa perspectiva de construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, ou seja, na articulação da teoria com a prática e na participação ativa do estudante no processo de aprendizagem (SILVA; FRANCISCO, 2009). Além disso, durante o processo, houve o suporte das tutorias e preceptorias de núcleo e de campo, espaços que auxiliaram a manter a reflexão sobre a prática.

Destaca-se que Santa Maria está localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul, e tem uma população estimada de 277.309 habitantes. Sua rede pública de serviços de saúde, que compõem assistência em saúde mental, abrange duas unidades de internação psiquiátrica em Hospital geral, quatro CAPS do tipo II (um CAPS adulto, dois CAPS AD e um CAPS infantil), um serviço que conta com uma equipe multiprofissional para atendimento aos casos de crise subjetiva relacionadas ao comportamento suicida – Santa Maria Acolhe, serviço

de urgência e emergência, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e atenção básica (NASF-AB), e 39 unidades de Atenção Básica, sendo 21 equipes de ESF.

## 3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

### 3.1 RELATOS DA EXPERIÊNCIA

A experiência aconteceu no segundo ano de residência e a inserção na equipe do NASF-AB ocorreu entre Março de 2019 a Fevereiro de 2020. As ações realizadas tiveram o intuito de efetivar a integralidade e o trabalho longitudinal que preconiza o SUS. As atividades realizadas por meio do NASF-AB foram ações específicas da Psicologia, como atendimentos psicológicos individuais com o enfoque breve-focal, grupo terapêutico e atendimentos domiciliares para avaliação, acolhimento e acompanhamento de usuários e famílias. Os atendimentos individuais se deram nas situações em que não havia possibilidade de acompanhamento em outro serviço ou dispositivo da rede, tendo em vista que o foco das ações do NASF-AB é trabalhar em uma perspectiva mais ampliada, embora, a partir da PNAB/2017, apareçam no rol de atividades do psicólogo atendimentos individuais. Esses atendimentos são realizados mediante discussão prévia e posterior com as equipes de ESF vinculadas ao NASF-AB.

Além das ações de núcleo, foram desenvolvidas as ações de campo, que foram: atendimento interdisciplinar domiciliar, elaboração de Projeto Terapêutico Singular, participação nas reuniões de equipe das ESFs apoiadas, atividades de capacitação, atividades coletivas de educação em saúde, acompanhamento terapêutico, capacitação das equipes por meio da educação permanente, discussão de casos, interconsulta, organização de feiras de saúde nos territórios, apoio às ações de prevenção, educação e promoção da saúde, construção conjunta de intervenções de grupo e apoio aos grupos de convivência e educação em saúde, discussões de fluxos de atendimento e protocolos de intervenção, articulação de rede, promoção da intersetorialidade, auxiliando às equipes de ESF na coordenação do cuidado através da articulação com os níveis de atenção secundário e terciário (apoio aos encaminhamentos a outros níveis de atenção e/ou outros dispositivos da rede intersetorial – CAPS / CRAS / CREAS / CER), elaboração de documentos e relatórios, tencionamento dos outros serviços com o intuito de trazê-los para o território do sujeito, articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE) e participação em ações junto as Escolas das comunidades de abrangência das equipes de ESF.

Nesta esteira, o NASF atua com o compromisso de mudanças nos processos de trabalho da ESF, apoiando as equipes para que elas consigam realizar um cuidado mais resolutivo, condizente com os princípios do SUS, da Atenção Básica e com as reais necessidades da

população usuária. As atividades desenvolvidas pelo NASF-AB são discutidas e planejadas em um turno designado para reunião semanal da equipe nas Sextas-Feiras, que ocorre simultaneamente as preceptorias e tutorias de campo, considerando as demandas que emergem no interior das equipes apoiadas pelo NASF. A partir disso, desenvolve-se o cronograma da semana seguinte. O processo para a definição das atividades práticas é entendido como dinâmico e flexível, portanto, passível de reflexões que, no interesse dos atores envolvidos, pode ser adaptado com o intuito de atender às especificidades identificadas pelas equipes de Saúde da Família apoiadas. Nesse cronograma está inserida a participação do NASF nos grupos vinculados às ESFs apoiadas, marca-se as intervenções conjuntas concretas (atendimentos domiciliares ou na ESF) de acordo com a demanda de cada unidade, cada dia da semana tenta-se ir em uma, na tentativa de dar apoio à todas semanalmente. E, tendo em vista que no município as reuniões de ESF acontecem nas Quartas-Feiras, planeja-se um rodízio, para tentar estar presente ao menos em uma reunião de cada equipe ao mês. É de suma importância a participação do NASF nas reuniões das equipes, porque é através delas que são discutidos os casos, que é fundamental no processo de trabalho. Ocorrem discussões sobre as situações de saúde do território de abrangência das ESF e também sobre o processo de trabalho das equipes. Além disso, por meio das reuniões de equipe se dá a educação permanente no interior dos serviços a partir das vivências do cotidiano. Através das reuniões se efetiva a dimensão do suporte técnico-pedagógico, que acontece por meio do apoio educativo com as equipes, a fim de contribuir para o aumento da capacidade resolutiva dessas, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos.

A Equipe NASF-AB, formada por especialistas, funciona de forma volante e atendendo a necessidades específicas com o objetivo de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde e diminuir a fragmentação e a demora no atendimento e funcionamento das equipes apoiadas.

Vale ressaltar que as ações clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas são desenvolvidas pelas profissionais da equipe do NASF-AB e pelas residentes alocadas nele, fundamentadas na lógica da Clínica Ampliada, do Apoio Matricial, e do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Outras atividades gerais que ocorrem no processo de trabalho do NASF também foram vivenciadas, por exemplo, participação no Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências, participação no Fórum Permanente de Saúde Mental da Região Central, participação em encontros/eventos de Educação Permanente, realização de feiras de saúde, reuniões de rede e saúde mental na roda.

Após ter relatado de uma maneira breve o processo de trabalho da residente e do NASF-AB, com o intuito de mostrar como ele ocorre, temos neste ponto da discussão o panorama geral, a seguir serão abordados os dois eixos norteadores das discussões, que irão abranger os desafios e fragilidades no primeiro eixo e as potencialidades da experiência no segundo, este entendido como um efeito da experimentação do trabalho nos diferentes territórios habitados durante a formação-atuação como psicóloga-residente. Para tanto, organizou-se dentro de cada eixo os pontos de cruzamento da rede de experiência, ou seja, serão discutidas cenas, atos e conceitos, os mesmos estarão destacados em negrito antes de cada tópico e cotejados com os afetos da experiência vivida e o que os autores escolhidos tem problematizado sobre os temas.

### **3.1.1 EIXOS NORTEADORES DA DISCUSSÃO**

#### **Eixo I: Desafios e fragilidades identificadas no cotidiano do trabalho da Saúde Mental na Atenção Básica**

Existem muitos desafios impostos ao profissional de psicologia para se inserir nesse campo, tendo em vista que ainda é um espaço em construção. Um deles é a **expectativa das equipes e dos usuários em relação ao trabalho do psicólogo** e a **demandas por atendimentos nos moldes da clínica tradicional**. Isso reflete o quanto está enraizado no imaginário social a atuação do profissional da psicologia com a clínica tradicional. Ainda que a Psicologia tenha ampliado as suas possibilidades de atuação na área da saúde pública, permanecem desafios. A demanda pelo psicólogo é pela clínica tradicional, ampliar as ações da atuação profissional e sustentar esse lugar é um exercício diário no que se refere à necessidade de superação do modelo tradicional de atuação do psicólogo, por meio de um trabalho mais compartilhado com outros profissionais da saúde, na tentativa de tentar romper com esse paradigma.

Essa grande demanda tanto dos usuários quanto da equipe por assistência individual e a importância que as gerências e secretarias de saúde dão para as respostas a essas demandas dificulta a realização de um trabalho ampliado. Este é um problema principalmente político, muitas vezes pela falta de investimento em recursos humanos e serviços de saúde, ocasionando a falta de profissionais para responder adequadamente a tantas demandas. Além disso, também reflete um modelo biomédico e médico centrado, baseado no atendimento e encaminhamento, ainda vigente.

Nepomuceno (2009), ao analisar a portaria que instituiu o NASF, refere sua inquietação

concernente à menção da psicologia no âmbito da saúde mental apenas, argumentando que tal fato reforça a noção de atendimento individual preconizado no modelo clínico tradicional. Para o autor, o alcance da psicologia nas ações em saúde pública está para além da dimensão curativista de uma visão psicopatologizante do sujeito, tal como é anunciado na referida portaria. Os atendimentos individuais não são desconsiderados, contudo, deve-se ter o cuidado para o atendimento individual não ser a única oferta de ação possível do psicólogo na Atenção Primária de Saúde (APS).

Através do relato das vivências de Cezar, Rodrigues e Arpini (2014), pode-se perceber a expectativa da equipe em relação ao atendimento clínico da psicologia. Em 2009, quando as autoras eram residentes, essa demanda já era um desafio na inserção do psicólogo na Atenção Básica e mesmo com o passar dos anos, ainda é um obstáculo a ser superado. De acordo com as autoras, havia expectativa de que as intervenções fossem focadas na atuação clínica individual. Visualiza-se que o entendimento dos demais profissionais de saúde e da população têm acerca da Psicologia é o de que atuação psicológica é sinônimo de psicoterapia.

Com base nisso, nota-se que a identidade profissional do psicólogo ainda é marcada pela atuação da clínica individual, o que pode tornar os psicólogos reféns, fazendo com que, na maioria das vezes, sustentem um modelo de intervenção com foco na doença/sintoma e no atendimento individual. De acordo com Oliveira et al. (2004), isso pode ser explicado pela maior segurança e autonomia oferecida aos psicólogos, uma vez que a **formação acadêmica** foi mais direcionada para esse tipo de atuação, tornando evidente a discrepância entre práticas psicológicas e princípios do SUS. As disciplinas que abordam temáticas como Saúde Coletiva e Psicologia da Saúde são insuficientes e muitos psicólogos saem da graduação com uma lacuna nessas áreas. Assim, um dos desafios apresentados à Psicologia diz respeito à qualificação da formação para atuar em consonância com o SUS (BÖING; CREPALDI, 2010; DIMENSTEIN, 1998; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; OLIVEIRA et al., 2004; SEBASTIANI, 2000; SPINK; MATTA, 2010).

De acordo com Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), ainda é necessário um maior reconhecimento acerca das possibilidades de atuação da Psicologia na saúde, até mesmo para os psicólogos. O desafio está na realização de um trabalho mais ampliado e não focado no modelo clínico individual ou nas ações exclusivas de saúde mental. Para tanto, os psicólogos precisam ter flexibilidade para trabalhar em equipe, com vistas a superar a fragmentação do conhecimento focado nas especialidades, por meio de uma relação mais aberta com as equipes de saúde.

A relação entre a Psicologia e a saúde no âmbito da Atenção Básica (AB) é recente. Pode-se dizer que é uma área em formação, tendo em vista que a portaria que define a atuação do NASF, e através dele insere o psicólogo na Atenção Básica, foi publicada em 2008, a última versão da Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, muda o nome do NASF, que passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica — NASF-AB. Ainda tem um percurso longo a percorrer e muitos obstáculos a enfrentar. A relação que o campo da Psicologia estabelece com a saúde coletiva empurra nosso saber a construir um cuidado integral em saúde.

Outro desafio enfrentado pelos psicólogos na Atenção Básica, é a **percepção dos profissionais das equipes em relação à saúde mental** e a dificuldade em acolher e manejar casos de neste campo de atuação. Muitas vezes esses casos são vistos como exclusivos da psicologia e da psiquiatria. Ainda que as ações em saúde mental na AB sejam fundamentais, o fazer da Psicologia não pode ficar restrito a esse profissional, para que não haja uma cisão entre saúde e saúde mental (GAMA, 2009; KODA, 2009; NEPOMUCENO, 2009).

Percebe-se a cisão entre saúde e saúde mental através de falas das equipes de saúde, agentes comunitários, enfermeiros e médicos, por muitas vezes relataram que não tinham condições de dar um suporte terapêutico em saúde mental porque entendem como algo muito especializado, assim, recorrem à psicologia ou à psiquiatra. Isso dificulta o trabalho em saúde mental nos territórios, impedindo de pensar em ações integrais em saúde que privilegiam a concretude da vida dos sujeitos. Os encaminhamentos dos casos de saúde mental refletem essa fragmentação, que gera um problema ainda maior. Além de a rede ser deficitária, sobrecarrega os serviços disponíveis com casos que, muitas vezes, poderiam ser acompanhados na atenção básica, transformando os CAPS em ambulatórios. Isso faz com que esses serviços não consigam trabalhar na lógica que deveriam, não conseguem ir para o território trabalhar com uma lógica ampliada, executando o apoio matricial para as equipes, capacitando-as para trabalhar com a demanda que aparece no cotidiano.

Para Figueiredo e Campos (2009), o **preconceito** dos profissionais em relação a sujeitos com demandas de saúde mental evidencia um reflexo da precária formação dos profissionais de saúde, que acabam trazendo para as práticas preconceitos e ideias do senso comum e estigmatizantes, dificultando o acesso do usuário ao serviço. Esses autores reforçam a importância dos espaços de reflexão e formação para que os profissionais possam analisar suas atuações nos serviços no que diz respeito aos preconceitos em relação à loucura e as dificuldades de entrarem em contato com o sofrimento psíquico do outro. A saúde mental não

está dissociada da saúde em geral, se faz necessário reconhecer que estas demandas estão presentes em diversas queixas relatadas pelos usuários da ESF.

Deixa-se de ter uma visão ampla dos problemas e de seus determinantes, resultando numa crença generalizada de que não parece ser possível enfrentar os problemas de saúde sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico-industrial. A visão predominantemente fragmentada do trabalho em saúde, baseada nos conhecimentos especializados, propicia ainda o fortalecimento da lógica do encaminhamento.

Tendo em vista isso, é necessário que o psicólogo consiga se reconhecer como profissional da saúde e integrante de uma equipe interdisciplinar e não somente como especialista na atenção especializada, uma vez que a transformação das práticas de cuidado em saúde está diretamente relacionada com modificações na postura profissional (BÖING; CREPALDI, 2010). De acordo com Dimenstein et al. (2009), o ato de cuidar implica em compreender a saúde de maneira global, intrincada ao modo de vida das pessoas. A saúde, sendo percebida como recurso para a produção de vida diária dos usuários, exige novos modos de tratar e de acolher o sujeito em sofrimento, principalmente o sujeito em sofrimento psíquico, na sua vida diária e em seu espaço comunitário.

Nesta toada, ainda é bastante vivo na memória da experiência um episódio que pode clarear ainda mais o que intentamos para discutir a respeito dos desafios encontrados e como esses podem tornar frágeis as relações de trabalho e principalmente o **olhar que se lança aos usuários**. Certo dia cheguei em uma ESF para fazer as visitas programadas com a equipe do NASF acompanhado do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Ainda não havia me organizado para iniciar o itinerário fui interpelada pelo médico, que me chamou pedindo para eu atender uma usuária, tendo em vista que ela estava em depressão e naquele momento chorando muito. O médico relatou que já havia atendido na semana anterior e que já sabia do que se tratava, como ele estava com a agenda cheia, achava melhor que eu fizesse a escuta da usuária, já que se tratava de uma pessoa em sofrimento psíquico e que ele não queria ouvir a mesma história novamente e que eu poderia realizar a escuta e agilizar o trabalho dele, porque a escuta dessa usuária demandaria muito tempo e atrasaria a sua agenda. Este foi o ponto de inflexão que estamos discutindo aqui, pois, evidencia-se que a lógica biomédica e de atendimentos no nível quantitativo, quando se aposta em superar a agenda, não oferece espaço para o trabalho coletivo e implicado com o sofrimento dos sujeitos, ação ética e clínica bem diferente da resposta que recebi, quando sugeri que fizéssemos uma escuta conjunta e ele preferiu não realizar, que não gostaria, disse que eu era mais apta pois estudava para isso e que ele não gostava da saúde

mental. A partir deste momento anuncia-se a necessidade de acionar os outros atores desta rede, ou seja, posteriormente tal situação foi levada para reunião de equipe para se trabalhar em cima disso. Todavia, nas reuniões de equipe, quando a equipe passava os casos para discussão, os casos com demandas de sofrimento psíquico eram endereçados diretamente a figura do psicólogo e não para a equipe do NASF, tal procedimento de trabalho mostrava-nos mais uma fragilidade que despotencializava nossas ações. Além disso, quando pediam apoio, pediam diretamente para a psicóloga fazer atendimentos nos moldes da clínica tradicional, o que se moldava diretamente como desafios inerentes tanto ao processo formativo, mas também as ações de trabalho naturalizadas nos serviços.

Sendo assim, temos reunidos ao final desta primeira discussão os pontos que foram colhidos no campo de ação, os quais agora juntos fazem parte da rede de desafios e fragilidades. Além disso, para todo relato de experiência deve-se manter contato com os efeitos das afetações, neste sentido, não será demais recitar os desafios e fragilidades, visto que eles foram os guias de prudência para a continuidade do trabalho. São eles: **expectativa das equipes e dos usuários em relação ao trabalho do psicólogo; demanda por atendimentos nos moldes da clínica tradicional; formação acadêmica; percepção dos profissionais das equipes em relação à saúde mental; preconceito e o olhar que se lança aos usuários.** A partir desses desafios e fragilidades enfrentadas no cotidiano, pensou-se em estratégias com as ferramentas do trabalho para enfrentá-los, ou seja, são com essas marcas que buscou-se as potencialidades nos territórios, que serão abordados no próximo eixo de discussões.

## **Eixo II: Potencialidades vivenciadas no contexto da experiência**

Para superar os desafios impostos, acredita-se que as **reuniões de equipes** são um espaço potencial para essa finalidade. Através das reuniões, pode ser trabalhada a expectativa das equipes em relação ao trabalho do psicólogo, reconhecendo como profissional da saúde e integrante de uma equipe interdisciplinar e não somente como especialista na atenção especializada, transformando as práticas de cuidado em saúde, capacitando-as para fazer junto, desconstruir o que está enraizado a respeito do trabalho do psicólogo e da saúde mental, auxiliando para minimizar as dificuldades em acolher e manejar casos com demanda de saúde mental. Foi principalmente através das reuniões de equipe que a psicóloga residente pode delimitar seu espaço enquanto profissional, mostrando que o trabalho da psicologia na atenção básica é muito mais amplo do que os atendimentos clínicos nos moldes tradicional. A partir

das situações vivenciadas no dia a dia, o espaço das reuniões também eram usados para problematizar os modos que as situações estavam sendo resolvidas pelas equipes, ou seja, minha atuação ao me colocar no papel de apoiadora que estava lá para auxiliar e construir junto da equipe foi fundamental para anunciar outras alternativas, outras ferramentas de trabalho, outras formas de trabalhar numa perspectiva mais ampliada, como os trabalhos em grupos, atendimentos em conjunto. O espaço das reuniões de equipe eram utilizados como potência criadora ao capacitar a equipe para manejar os casos, também explicava alguns diagnósticos a fim de desconstruir alguns mitos que alguns profissionais tinham, cabe ressaltar que as capacitações eram ao encontro da produção de acolhimento e manejo das demandas de saúde mental para romper com a cisão da saúde e saúde mental e, também, para evitar a lógica de encaminhamentos desnecessários.

Neste sentido, é fundamental a atenção acerca do significado social da profissão e da direção da intervenção da psicologia na sociedade, apontando para novos dispositivos que rompam com o privativo da clínica, mas não com a formação da psicologia, da valorização do outro, aspectos de escuta comprometida com o processo de superação e promoção de vida. Além disso, nesse espaço foi possível **capacitar os profissionais** das equipes para acolher e escutar usuários em sofrimento psíquico, desmistificando que só psicólogos e psiquiatras são aptos para isso. Mehry (2002), dá o nome de tecnologia leve, é quando se escuta a pessoa, dimensionando-se suas possibilidades de compreensão como sujeito em face de suas dificuldades, articulando esse conhecimento à prática como um todo. Destaca-se a importância do potencial educativo no processo de trabalho para a sua transformação

Seguindo a percepção de que demandas em saúde são dissociadas de demandas em saúde mental, persiste a necessidade de superar esse desafio, que pode ocorrer por meio da ampliação de espaços de educação permanente para a equipe de ESF. Destaca-se que essa intervenção pode ser realizada pelo próprio residente psicólogo, aproveitando o ambiente da reunião de equipe e também pela equipe do NASF-AB, através do apoio matricial (BRANDOLT; CEZAR, 2018). Na vivência enquanto integrante da equipe do NASF-AB, as reuniões de equipe com as ESF apoiadas foram muito enriquecedoras na medida em que houve uma relação dialógica entre ESF e NASF-AB, troca de saberes, experiência, sentimentos, o pensar junto nas discussões de caso e planejamento das ações. No cotidiano do trabalho que se dá a **educação permanente** de fato, através da capacidade crítico-reflexiva das situações vivenciadas, a partir da problematização das práticas. Além disso, quando os profissionais têm disponibilidade para revisar e aprimorar suas ações, com base no conhecimento compartilhado

com profissionais de diferentes áreas, realizam troca de saberes e constroem práticas interdisciplinares mais colaborativas, ricas e flexíveis, favorecendo as potencialidades vislumbradas.

Ao encontro disso, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2009) refere que reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada e planejamento de ações. É um espaço onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. Na reunião de equipe, pode-se também fazer o fechamento dos inúmeros relatórios normalizados e, principalmente, utilizar os dados produzidos para conhecer melhor o território, avaliar o trabalho realizado, planejar, organizar as informações a serem compartilhadas com a comunidade. A reunião de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa potente estratégia para a qualificação da equipe, troca de saberes e deslocamento de poderes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários. Esta atitude facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e valorização dos trabalhadores.

Ainda sobre as reuniões de equipes, Ceccim e Feuerwerker (2004) percebem esse lugar como propício para se efetivar a educação permanente de forma significativa, a área da saúde requer educação permanente. Parte-se do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, os processos de qualificação recursos humanos da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Através da vivência enquanto residente da saúde mental inserida no NASF-AB, percebe-se que a **residência amplia a capacidade de atuação do próprio NASF-AB**, tendo em vista que a atenção básica pede apoio, principalmente, para os casos de saúde mental. Esses

casos se tornam difíceis, porque necessitam muito do apoio da rede e, para isso, necessita de uma rede fortalecida. Além disso, apesar das inúmeras conquistas e dos avanços no que se refere à saúde mental, ainda existe muito que se produzir, há um caminho longo para se percorrer e avançar. É uma construção diária em busca de visibilidade, demarcação de espaço e reconhecimento. A saúde mental, por vezes é vista como um caso à parte da saúde, fragmentada desta (DIMENSTEIN et al., 2009).

De acordo com Dimenstein et al. (2009), o **Apoio Matricial** surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção básica. Entretanto, sabemos que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos. O matriciamento visa dar suporte técnico a essas equipes, bem como estabelecer a corresponsabilização. Tendo em vista que a saúde mental é transversal e está presente na maioria dos casos da atenção básica, é importante que a equipe de ESF esteja preparada para lidar com o sofrimento psíquico. As ESFs apoiadas pelo NASF-AB solicitavam apoio principalmente para casos referentes a saúde mental, tendo em vista que casos mais graves, algumas vezes era necessário acionar e articular outros atores/serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para um trabalho de forma conjunta e mais efetivo entre NASF, ESF e CAPS, por exemplo. Faz parte do trabalho do NASF-AB essa articulação e tencionamento das Redes e serviços. Para isso, foi necessário articular com ações existentes na comunidade, na rede de saúde e em outras instituições, tendo em vista a condição de sujeito integral e da intersetorialidade, é imprescindível potencializar parcerias, articular ações complementares em busca de um cuidado integral e mais efetivo para o usuário. Deste modo, com o apoio do NASF-AB, a atenção básica conseguiu, por vezes, efetivar-se como centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços da rede (PNAB/2017).

O apoio matricial vem tentar reverter a lógica de encaminhamento, pois essas intervenções pressupõem sempre uma lógica de hierarquização, havendo uma diferença de poder/saber entre quem encaminha e quem recebe, e ainda uma transferência de responsabilidade. Muitas ações são desenvolvidas através do apoio matricial, por meio de consulta/atendimento, trabalhos em grupo, visita domiciliar, reuniões com a equipe, etc. Nesse sentido, trabalhar com a saúde mental, além de atuar como apoiadores, pressupõe desmistificar

a ideia de que só os especialistas trazem resolutividade. Pelo contrário, tem-se trabalhado na perspectiva de que só a integralidade é realmente efetiva na promoção da saúde. É necessário construir projetos terapêuticos que privilegiem a intervenção conjunta de vários recursos e especialidades em saúde (DIMENSTEIN, 2009).

Com o AM, a Atenção Básica vem a ser um grande potencial para se expandir e fortalecer o cuidado da saúde mental nos territórios. Na articulação saúde mental/atenção básica, estamos diante da necessidade de inventar uma atuação transdisciplinar de agenciamento social que vai além de somente inviabilizar a existência dos manicômios. A possibilidade de cuidado e escuta fora do modelo manicomial só é realizável com enfrentamento dessa problemática. Fazer uma estratégia institucional acontecer, como o apoio matricial, é lidar com uma ordem de cronicidade, com uma lógica modelar presente nos modos de subjetivação hegemônicos na contemporaneidade, que nos faz cada vez mais silenciosos, obedientes, dóceis, conformistas, ou seja, é empreender uma guerra contra uma política de subjetivação que exige consensos, razoabilidade, o exorcismo do disparatado e, em contrapartida, promete segurança, bem-estar, pacificação, conforto, operando pela via do medo e da esperança (DIMENSTEIN, 2009).

Cezar, Rodrigues e Arpini (2015) referem que os NASF como campo de prática do PRMI, tornam-se um dispositivo fundamental para mudança do processo de trabalho, no qual o psicólogo do NASF pode mediar a articulação entre psicólogo residente e equipe de ESF. Os profissionais do NASF, com o apoio dos residentes do PRMI, podem contribuir no processo de educação permanente das equipes de ESF, pois a educação permanente é a ferramenta capaz de superar as práticas fragmentadas e desarticuladas ainda presentes no fazer de inúmeros profissionais e equipes de saúde. Destaca-se que o cuidado em saúde no contexto da ESF precisa ser pensado a partir do território-comunidade, numa perspectiva de clínica ampliada, na qual os diversos profissionais das equipes de saúde, incluindo o psicólogo, se comprometem com o cuidado aos usuários-famílias, por meio de práticas coletivas e interdisciplinares. A prática de contato/articulação com a rede de serviços de saúde e saúde mental, bem como com a rede intersetorial foi fundamental para qualificar o cuidado aos usuários-famílias. Os serviços da rede de saúde, assistência social, educação e judiciário devem ser considerados parceiros para compartilhar e contribuir para o manejo mais adequado e qualificado dos casos. Às vezes se fez importante acompanhar o usuário em seu trajeto na rede, para auxiliar no comprometimento e estreitamento de vínculo com o serviço referenciado. Houve tal estreitamento com uma usuária que estava sendo acompanhada desde a internação em hospital psiquiátrico, que, após sua alta continuou sendo acompanhada para fazer a documentação (RG, CPF). Logo que ela saiu da

internação e estava um pouco mais organizada, ela decidiu denunciar um dos irmãos que abusava dela. Conseguiu medida protetiva. Na audiência da violência doméstica, foi preferido acompanhar também para oferecer mais segurança, visto que estaria frente a frente com o agressor. Com a presença da psicóloga o juiz “escutou melhor” a usuária, algumas coisas que ela não conseguiu expressar, foi mediado. Foi auxiliada a entender também a respeito do que falava o juiz, oferecendo-lhe uma linguagem clara e acessível. Além disso, a usuária tem um problema sério de visão, usa um grau muito alto e reclamava que não estava conseguindo mais enxergar com os seus óculos. O oftalmologista da rede para o caso dela era em outra cidade, ela nunca havia pegado ônibus, e mais uma vez foi acompanhada nessa viagem para a consultar. Nesta, se não estivesse acompanhada e auxiliada a questionar sobre seu problema de visão, o médico não teria nem olhado para ela, muito menos explicado o que ela tinha, ele só ia entregar a receita do óculos sem ter nem olhado para o rosto dela. Ademais, a medicação que ela toma é distribuída na farmácia do município e ela não sabia ir até à farmácia, também foi acompanhada nesse trajeto, foi mostrado como fazia para retirar a medicação. O efeito destas ações estão ligadas diretamente ao processo de produção e acesso à cidadania, ou seja, ter acesso às informações pertinentes para si, livre trânsito em espaços e serviços públicos, autonomia para administrar seus medicamentos e principalmente ser vista e considerada como cidadã de direito nos territórios que ocupa.

No território se tem a oportunidade de estabelecer muitos olhares, muitas conexões e muitas redes. Temos a oportunidade de trabalhar com a promoção da vida. Tendo **o território como um espaço potencial** para ser trabalhado a saúde mental, auxiliando no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, no resgate da cidadania, na produção de cotidiano, na reinserção social. O campo da saúde mental é um campo dos cuidados. Das **terapêuticas do viver**. Isso significa um campo dos dispositivos e iniciativas ligadas a certo agenciamento da vida, naquilo que ela está atravessada pelas cristalizações clínicas, intermediar para e com o usuário os impasses do seu cotidiano, indicar dispositivos de lazer assistidos e de cuidado, trabalhar com a intersetorialidade, além de promover soluções no campo da realidade. O acompanhamento consiste em levar o usuário a um funcionamento mais favorável ao seu pertencimento à convivência social, na família, com os vizinhos, nas relações sociais possíveis, uma maior autonomia pessoal, enfim, a um bom funcionamento. De forma complementar a isso, fazemos uma intervenção no meio social, de modo a fazer com que esse meio esteja mais disponível para acolher esse sujeito. Tratar-se de diversas intervenções, desde o manejo medicamentoso, o manejo com a família, até mesmo o acompanhamento terapêutico. O que não deixa, de certo

modo, de visar a uma aproximação com certa “normalização”, busca um funcionamento mais próximo possível do “normal” (TENORIO; ROCCHA, 2006).

O **Acompanhamento Terapêutico**, enquanto dispositivo clínico-político que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da própria clínica. (PALOMBINI, 2006, p.117).

O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados (BRASIL, 2009). Quando se trata de rede, a atenção à saúde mental, faz-se necessária a implantação de ações que proporcionem a constituição de uma teia que promova vínculos psicossociais e qualidade de vida dos indivíduos. É possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade. Sendo assim, aposta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede (BRASIL, 2009).

A atenção básica deve estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, mas responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos casos mais complexos, que demandem outras tecnologias, sempre que necessário. Este tipo de seguimento facilita a criação e manutenção do vínculo terapêutico. A pactuação clara de responsabilidades entre os diferentes serviços no sistema de saúde, a interação entre as equipes e a cogestão dos recursos existentes num dado território podem ampliar grandemente as possibilidades de produção de saúde. A diversidade de situações vivenciadas na atenção básica requer, ainda, a atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde. É necessário, portanto, aumentar a capacidade de resposta da equipe de atenção básica, incorporando tecnologias simples, porém resolutivas. É necessário que se amplie a interação entre os diferentes serviços quando for necessário compartilhar o atendimento da mesma pessoa, definindo as responsabilidades de cada um e a coordenação do caso. No processo de construção de vínculos, responsabilização e resolutividade da atenção básica são muitos os desafios encontrados, que podem ser impulsionadores de novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas perspectivas de olhar para a saúde, de reformular o conceito saúde-doença, de integrar o usuário no sistema de modo ativo e de valorizar os trabalhadores, ajudando-os a encontrar maneiras

singulares de produzir saúde, enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o cotidiano (BRASIL, 2009).

Quando se discute **rede de serviços, dispositivos e locais de cuidado** dispostos no território aborda-se bem mais do que um mapeamento físico de uma comunidade. Constitui-se um novo conceito de saúde mental, marcado pelo espaço em que a vida acontece e se processa, cada uma com suas características e peculiaridades. Cada território é um território. Perceber e incorporar o território que transcende o físico é essencial para avançarmos na constituição de políticas públicas em saúde mental. Território é o lugar de potência, marcado por relações de poder, relações sociais, de luta e história (DA SILVA; DE PINHO, 2015).

Tendo em vista a proximidade do cotidiano dos sujeitos, pensar no cuidado em saúde mental como um acontecimento que produz vida e gera possibilidades de inserção do indivíduo na comunidade, o território é fundamental no cuidado em saúde mental, nele existe uma variedade de ações que podem ser efetivadas, costurando redes de cuidado, a partir dos recursos disponíveis na vida cotidiana de cada usuário. Uma delas é a visita/atendimento domiciliar. Quando o atendimento do profissional de saúde se dá no domicílio (visita), é interessante que este ato, de entrada no espaço particular daquela pessoa/família, com sua história, seus valores, suas crenças, seus hábitos, possa ser uma oportunidade especial para o maior conhecimento desta pessoa/família, para o estreitamento das relações, para a identificação dos modos de “andar” a vida daquelas pessoas, com suas facilidades e dificuldades, buscando ampliar o diálogo entre profissionais e estas pessoas (BRASIL, 2009).

Deste modo, Gonçalves e Kapczinski (2008) reiteram que ações de saúde mental na APS tem apresentado elevada resolutividade através da busca ativa dos casos, trabalho em equipe, construção de Linhas de cuidado em saúde mental- facilitação do acesso da população aos serviços, tendo em vista que pessoas em sofrimento psíquico em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida desses sujeitos. Dessa forma, é fundamental que as equipes da atenção básica estejam atentas à saúde mental da população atendida, com o intuito de realizar efetivamente a abordagem biopsicossocial a que se propõem.

Para isso, se faz necessário que as equipes da Atenção Básica tenham um suporte técnico para realizar os cuidados primários em saúde mental como, por exemplo, ações de detecção e intervenção precoce ou mapeamento dos casos de transtornos mentais no território, apoio a situações de crise, acompanhamento para o uso racional de medicamentos, prevenção de admissões desnecessárias em hospitais psiquiátricos, elaboração de planos de continuidade de

cuidados, estabelecimento e manutenção de sistema de apoio comunitário, estímulo a participação ativa dos usuários, das famílias e da comunidade no cuidado e articulação com a rede especializada de saúde mental (SILVEIRA, 2009).

O matriciamento é uma das principais ferramentas utilizada para guiar as ações de saúde mental na atenção básica, tende a potencializar a integralidade do cuidado em saúde mental no território, promovendo de forma efetiva a integralidade do cuidado que preconiza o SUS e a RAPS. A atenção básica, dessa forma, deve constituir-se como porta de entrada, reguladora e coordenadora dos cuidados em saúde mental, evitando o isolamento, o abandono e o risco de institucionalização dos usuários. Uma rede bem articulada, com coordenação entre os serviços e garantia da continuidade de cuidados necessita de integração em todos os níveis, atenção primária, secundária e terciária, além da articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informais, grupos de convivência envolvendo usuários, famílias e a comunidade. Isso pode diminuir as referências a especialistas, hospitais psiquiátricos e superar os modos de atenção asilar, produtor de iatrogenias e exclusão social, na medida em que se tecem planos de cuidado que abarcam tanto a atenção ao sujeito em sofrimento psíquico quanto ao seu entorno familiar e social.

Com a inserção da saúde mental na Atenção Básica se aspira evitar a fragmentação do cuidado em saúde mental, além de coordenar e articular as redes de cuidado, que muitas vezes estão desconectados, a fim de acordar metas de intervenção e ter plano de atuação pactuado, melhorar a vinculação do usuário à rede de atenção à saúde e de serviços sociais, apoiar a manutenção do usuário no âmbito domiciliar e no contexto social evitando hospitalizações, promover o desenvolvimento de autonomia pessoal e de manejo social e comunitário, evitando, muitas vezes, situações de marginalização e abandono. Assim poderá ser possível a capacidade de resposta e suporte institucional da APS em saúde mental.

Amarante (2008) fala que a Reforma Psiquiátrica não deve ser restrita à extinção física dos manicômios. Ela implica construir novas formas de lidar com as pessoas que estão em sofrimento psíquico. Para atingir os objetivos da Reforma, é necessário estar próximo à população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele. Essas são as potencialidades da atenção básica. Tendo em vista isso, a produção de ações em saúde mental pelas equipes da ESF (e sua articulação em rede) pode ser vista como a forma mais promissora de mobilizar recursos comunitários e de concretizar a Reforma Psiquiátrica. A valorização de práticas de saúde mental na atenção básica é fundamental para garantir a integralidade da

atenção (CAMPOS, 2003; TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Em relação ao cuidado ampliado em saúde, podemos pensar que **não há saúde sem saúde mental**, sendo transversal e, para isso, é necessário um trabalho que organize o cuidado em rede, cabe então aos profissionais de saúde, colaborar no processo de construção dessas redes para que possam produzir cuidado para além da presença de profissionais especialistas em saúde mental.

A partir disso, pode se pensar em um cuidado ampliado em diversos casos. No território, o escopo de atuação se amplia e nosso trabalho ganha contornos que nos empurram a pensar a promoção e prevenção em saúde. Nesse sentido, se destaca a dimensão da relação com o território no trabalho da Psicologia: conhecer e acompanhar os códigos e símbolos circulantes nesses espaços é uma chave importante para estabelecer um bom diagnóstico e estratégias de intervenção possíveis e conectadas às vidas dos usuários.

Em relação à vivência, destaca-se que esse cuidado se efetivou a partir do estabelecimento **do vínculo com os usuários** que foi possível a partir do trabalho no território, da proximidade da vida destes. O vínculo é uma ferramenta fundamental no cuidado em saúde e vai se constituindo no estar inserido no território, nas visitas e atendimentos domiciliares frequentes. Assim sendo, vai se pactuando com o usuário e suas famílias outras demandas de saúde no geral, rompendo com a dicotomia entre saúde e saúde mental, integrando em um olhar de saúde ampliado. A maioria dos usuários em sofrimento psíquico pouco iam à unidade de saúde, ou se iam, era apenas para renovar receitas. Com esse cuidado mais frequente, começaram a ir à ESF para outros cuidados, como dentista, fazer consulta gerais e realização de exames. A potência do trabalho no território se dá também por meio das **articulações e tencionamento da rede** que é proporcionado pelo trabalho do NASF-AB, através dessa característica de movimento, de circular pelos espaços, de estar no território, na ESF, nos CAPS e em outros dispositivos não somente de saúde. Através desse cuidado mais próximo que o território possibilita, facilitando o vínculo com os usuários, favorecendo a inclusão dos usuários com demanda de saúde mental, alguns conseguiram se reinserir na vida comunitária, tendo mais autonomia através do cuidado semanal no território e do acompanhamento terapêutico pelos espaços da comunidade, pelos serviços de saúde e assistenciais e também pela própria cidade. Aos poucos puderam ter sua cidadania retomada, se resgatou o sujeito, produzindo saúde e vida. A partir do vínculo, do acompanhamento terapêutico, do investimento e da aposta, alguns usuários conseguiram sair de casa, circular pelo território e ampliar o cuidado, começaram a aceitar atendimentos domiciliares de mais profissionais, dando abertura para o cuidado inter e

multidisciplinar se efetivar, contribuindo para a corresponsabilização das equipes no cuidado. Também se inseriram nos grupos do território, começaram a frequentar mais a unidade de saúde, se responsabilizar pelo seu autocuidado, compreendendo desde noção de higiene diária até ir buscar sua medicação na farmácia do município.

Esse cuidado frequente e não pontual que faz a diferença. Alguns casos são necessários **visitas/atendimentos domiciliares** mais de uma vez na semana, o que só é possível com o apoio do NASF-AB e de residentes. A ESF sozinha teria muitas dificuldades para dar conta. O CAPS enfrenta muitas dificuldades para ir até o território efetivar o apoio matricial preconizado devido à grande demanda no serviço. O NASF-AB torna-se assim fundamental para o cuidado em saúde mental no território. É possível um cuidado com base territorial, mas para isso é preciso investir na atenção básica e na manutenção das equipes de NASF-AB. Por ser conhecedor da importância das relações para a construção de sentidos e pela sua disponibilidade para a escuta, é fundamental o papel do psicólogo dentro da equipe, inclusive na visita domiciliar, como precursor dessa relação, potencializando o vínculo. A resposta assistencial é parte fundamental do nosso trabalho, que por vezes toma a maior parte do exercício profissional no cotidiano e por isso é tão importante observar a relação com prevenção e promoção.

O sujeito plenamente atendido por um profissional implicado com o seu processo de saúde, promoção de vida e de cidadania, desenvolve, pela própria experiência a autonomia e o empoderamento para fazer valer seus direitos. É necessário articular e integrar as ações para torna-las mais efetivas. Um dos grandes desafios é articular a rede de saúde, socioassistencial e intersetorial. Essa rede trabalhando de forma articulada, integrada e complementar, torna-se uma rede forte, sendo uma potencialidade para perceber o sujeito de forma integral e não fragmentada. Esse diálogo permanente entre os diversos setores fortalece os laços e as parcerias. Dessa forma, pensar estratégias que considerem esses aspectos, fortalece nossa atuação enquanto profissional e nos aproxima do usuário, da família e da comunidade.

Além dos cuidados no domicílio através das visitas domiciliares, atividades territoriais também podem ser desenvolvidas de maneira coletiva, considerando os desejos, as habilidades, as necessidades e os projetos de vida dos sujeitos. Possibilitando assim o convívio e a produção de significados no cotidiano, bem como recriam potencialidades no cuidado em saúde mental. Existe um terreno muito fértil para desenvolver formas de cuidado não aprisionadoras de subjetividade e de sujeitos. Dentre elas, estão os grupos, como dispositivos de cuidado, por meio dos quais são criadas redes de cuidado, sentimento de pertença, desenvolvem-se vínculos, produzem-se vida e saúde, emergindo como uma estratégia bem potente. Segundo Da Silva e

Hatzenberger (2016), os grupos procuram auxiliar na construção de outros laços sociais, para além do grupo, apostando na força do território e da cidade como alternativas para a reabilitação psicossocial. Alguns podem oferecer suporte, socializar e melhorar seu autocuidado. No suporte, pode auxiliar enfrentamento de dificuldades que estão sendo vivenciadas; outros, com o objetivo de socializar, podem ajudar no fortalecimento dos vínculos sociais, o grupo também pode ser uma estratégia para melhorar o autocuidado, ajudar pessoas a alterarem ou buscarem comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos através de trocas de experiências.

Os **grupos de saúde mental** desenvolvidos na Atenção Básica se constituem em um dos principais dispositivos da reforma psiquiátrica. As intervenções nesses grupos buscam fortalecer o modo de atenção psicossocial, uma vez que apostam no resgate da singularidade de cada usuário, investem no comprometimento com seus sintomas e tratamento e incentivam seu protagonismo. Tais movimentos incitam a ruptura com a lógica da identificação dos sujeitos com a doença e com a concepção de cura restrita à solução medicamentosa. Ainda, procuram auxiliar na construção de outros laços sociais, para além do grupo, apostando na força do território e da cidade como alternativas para a reabilitação psicossocial (DA SILVA; HATZENBERGER, 2016). O trabalho de grupos na Atenção Básica é uma alternativa para as práticas assistenciais individuais. Os grupos terapêuticos serviram para que os usuários criassem o vínculo com o serviço e a confiança nos profissionais, o que possibilitou a efetividade nas ações de saúde. Temos, portanto, no final desta experiência relatada a produção de caminhos que aqui foi decidido expor entre desafios e fragilidades e as potencialidades, cabe ressaltar que seria um engano tratá-los em categorias de qualidade entre bom e ruim, positivo e negativo, ou seja, devem ser entendidos com complementariedades, estas no sentido que o próprio objeto do trabalho nos coloca como problematizações necessárias para o avanço do trabalho tanto na formação acadêmica como profissional, só assim que será possível aliar teoria e prática com a perspectiva de intensificar, como dito anteriormente, as terapêuticas do viver. Cabe, por final desde capítulo reapresenta as potencialidades encontradas e produzidas ao longo desta constituição formativa de uma psicóloga-residente. São elas: **reuniões de equipes; capacitar os profissionais; educação permanente; residência como ampliadora da capacidade de atuação do próprio NASF-AB; Apoio Matricial; o território como um espaço potencial; terapêuticas do viver; Acompanhamento Terapêutico; rede de serviços, dispositivos e locais de cuidado; não há saúde sem saúde mental; do vínculo com os usuários; articulações e tencionamento da rede; visitas/atendimentos domiciliares e grupos de saúde mental.**

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o espaço de formação proporcionado pelo Programa de Residência Multiprofissional possibilitou ao psicólogo ampliar e qualificar suas possibilidades de atuação no campo da saúde pública. As vivências relatadas demonstraram que a psicologia tem muito a contribuir na atenção básica através do NASF-AB, por meio de práticas coletivas, diversificadas, interdisciplinares e intersetoriais, para além das ações clínicas individuais, trabalhando com a lógica do apoio matricial, com a clínica ampliada e com o PTS. Por se tratar de um espaço recente e ainda em construção, existem muitos desafios impostos ao profissional da psicologia nesse campo. Além disso, salienta-se para importância dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica, no território dos sujeitos. Tendo em vista que o NASF-AB não tem uma única linha de intervenção aliado ao fato da saúde mental ser transversal, possibilitou uma pluralidade de ações e articulações, visto que tem no território seu contexto de atuação. É nessa perspectiva que a saúde mental deve ser entendida, como um campo de intervenção prioritário também para as equipes Saúde da Família (ESF), pois têm a potencialidade de: atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população; trabalhar norteados por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural; intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta - sendo os transtornos mentais um dos mais evidentes - por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

O relato dessa experiência de saúde mental na atenção básica proporcionado pelo PRMI através do NASF-AB apresenta algumas referências para o trabalho do psicólogo no território, sem a pretensão de apresentar um modelo único, fechado, mas apontar possibilidades e convocar a categoria à reflexão e contribuição para avanços nessa área. Além disso, a vivência como residente, proporcionou um crescimento profissional, além de construir e fortalecer a identidade profissional enquanto psicóloga. Destaca-se a importância do PRMI como uma estratégia de mudança da postura profissional em Psicologia, tendo em vista a articulação entre prática e formação, que produz ações que têm impactado no processo de trabalho. Também foi enriquecedor na medida que possibilitou um aprendizado acerca do trabalho em equipe, lugar que o psicólogo tem ocupado cada vez mais espaço, da potencialidade do trabalho no território,

da necessidade de articulação intersetorial, levando em conta que a saúde necessita do apoio dos outros setores para dar conta do cuidado integral dos usuários, das demandas que perpassam o conceito ampliado de saúde. Através dessa experiência, portanto, ampliou-se o olhar acerca das questões de saúde e percebendo que uma das alternativas para alcançar a integralidade da atenção é compreender o cuidado em saúde enquanto agir coletivo.

## REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S. B. et al. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2007, vol.29, n.1, pp.43-46. Epub Feb 22, 2007. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000032>. Acesso em: 23 de nov. 2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde colet.* **23** (6) Jun 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 01 de ago. 2019.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(62):601-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 22 de out. 2019.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro, v.14, n. 32, p. 127-38, jan./mar. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011) Acesso em: 11 de out. 2019.

BEZERRA, E.; Dimenstein, M. [CAPS e networking: construindo apoio matricial na atenção básica à saúde]. *Psicol Ciênc Prof.* 2008; 28 (3): 632-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015). Acesso em: 11 de out. 2019.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2010; 30(3), 634-649. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 11 de out. 2019.

BORSARI, D.A.S. **Saúde Mental na Atenção Básica em município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico.** (Dissertação de Mestrado) - Gestão e práticas de saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, São Paulo, 2013.

BRANDOLT, C. R.; CEZAR, P. K. Práticas coletivas da psicologia na atenção básica. *Revista Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília: 2018.v. 12, n.1, p. 191-205, dez. 2018. ISSN 1982-8829. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2051/1939>. Acesso em: 17 de dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da atenção básica. 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: equipes de referência e apoio matricial. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf). Acesso em: 20 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica (39). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf). Acesso em: 17 de dez. 2019.

BRASIL. **Resultados do Programa Minha Casa, Minha Vida (2016)**. Disponível em: <http://www.minhacasaminhavida.gov.br/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&Itemid=30192). Acesso em: 17 de dez. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 12 de set. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 13 de set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf). Acesso em: 13 de set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União** 2008; 25 jan. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 14 de set. 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor e o método Paidéia, a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Campinas/SP, Faculdade de Ciências médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), 2000.

CAMPOS, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(2),399-407. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. PMID:17221089. Acesso em: 15 de set. 2019.

CARVALHO, M. S. et al. O ensino de enfermagem psiquiátrica na Escola Ana Néri, na primeira metade do século XX. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2015jan./mar.;17(1):85-93. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.2452310.5216/ree.v17i1.24523>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CASTELO BRANCO, F. M. F. et al. Papel dos enfermeiros da atenção básica diante dos usuários de drogas: uma revisão de literatura. **R. Interd.** v. 9, n. 4, p. 154-163, out. nov. dez. 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/198>. Acesso em:24 de out. 2019.

CHIAVERNI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, J.P. et al. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 35-45, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/view/15855/17903>. Acesso em: 24 de out. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04>. Acesso em: 25 de out. 2019.

CEZAR, P.K, RODRIGUES, P.M, ARPINI, D.M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. **Rev. Ciência e Profissão**. 2015;1(35): 211-224. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000100211&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100211&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 de dez. 2019.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde, **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.961-970, 2011, disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/961-970>. Acesso em: 14 de ago. 2019.

DA SILVA, Aline Basso; DE PINHO, Leandro Barbosa. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**,

[S.l.], v. 23, n. 3, p. 420-424, jul. 2015. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091>>. Acesso em: 02 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>. Acesso em: 15 de ago. 2019.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, Mar. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Dec. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>. Acesso em: 15 de ago. 2019.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud. psicol. (Natal)** [online]. 1998, vol.3, n.1, pp.53-81. ISSN 1678-4669. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>. Acesso em: 03 de dez. 2019.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2012, vol.32, n.spe, pp.232-245. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>. Acesso em: 03 de dez. 2019.

FERRO, L. F. et al. Demandas, subjetividade e processo terapêutico: construções e limitações do Acompanhamento Terapêutico. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar** (São Carlos), 22(3),1-11, 2014. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/748>. Acesso em: 04 de dez. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 1998; 2(3),51-71. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831998000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005). Acesso em: 22 de jan. 2020.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas: uma rede ou um emaranhado. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2009;14(1):129-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>. Acesso em: 21 de nov. 2019.

GAMA, C. A. P. A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família (pp. 103-110). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio\\_O\\_Nxcleo\\_de\\_Apoio-beta.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf). Acesso em: 02 de dez. 2019.

GONCALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.9, pp.2043-2053. ISSN

0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010>. Acesso em: 11 de out. 2019.

KODA, M. Y. A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família (pp. 71-77). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/artica-da-psicologia-e-o-ncleo-de-apoio-sade-da-familia/>. Acesso em: 10 de jan. 2020.

LANCETTI A. Saúde Mental e Saúde da família. In: Lancetti A. **Saúde Loucura**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e Rua. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 919-930, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>. Acesso em: 17 de dez. 2019.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 1, p. 31-40, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2337>. Acesso em: 10 de abr. 2019.

MAIA, E. M. C. et al. **Univ. Psychol.**, Bogotá, v. 4, n. 1, p. 49-54, jun. 2005. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672005000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672005000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 jan. 2020.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVÊA, M. V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; v. 48; n.4, p.706-14, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt\\_0080-6234-reeusp-48-04-706.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-706.pdf). Acesso em: 22 de out. 2019.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko, R, organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p. 113 - 150.

MOURA, M. C.; BERNARDES, S. B.; ROCHA, M. L. F. A percepção dos enfermeiros de uma universidade pública do Piauí sobre saúde mental na estratégia saúde da família. **Enfermagem em Foco**. 2010;1(2):66-8. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/18/19>. Acesso em: 22 de mai. 2019.

NASCIMENTO, M. G.G., et al. O processo de trabalho do enfermeiro na promoção da saúde mental da população atendida na ESF: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2017;7: e2097. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2097>. Acesso em: 22 de mai. 2019.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009). Acesso em: 03 de dez. 2019.

NEPOMUCENO, L. B. A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família (pp. 49-59). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/a-prtica-da-psicologia-e-o-ncleo-de-apoio-sade-da-familia/>. Acesso em: 17 de dez de 2019.

OLIVEIRA, S. A. et al. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Rev. Adm. Saúde** Vol. 17, Nº 69, Out. – Dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.64>. Acesso em: 10 de abr. 2019.

OLIVEIRA, I. F., Dantas, C. M., Costa, A. L. F., Alvarenga, A. R., Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, 2004, 9(17), 71-89. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-29072004000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-29072004000100005). Acesso em: 13 de abr. 2019.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político, **Psychê** — Ano X — nº 18 — São Paulo — set/2006 — p. 115-127, disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a12.pdf>. Acesso em: 25 de mai. 2019.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Cienc Saude Colet**, v. 18, n. 7, p. 2157-66, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031). Acesso em: 03 de jun. 2019.

RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: Formação ou trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.15, n. 1 (21), p. 71-82, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>. Acesso em: 04 de dez. 2019.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**, 2004, 18(1), 87-98. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1274/formacao-de-profissionais-para-o-sistema-unico-de-saude-e-as-diretrizes-curriculares>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990.

SILVA, A. et al. Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 31, n. 1, oct. 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/626/117>. Acesso em: 13 de dez. 2019.

SILVA, B. M.; HATZENBERGER, D. H. A Boca Fala, Os Órgãos Saram: Os temas mais discutidos em um Grupo de Saúde Mental na Atenção Básica, **Saúde em Redes**. 2016; 2 (3): 308-317. Disponível em: [http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/768/pdf\\_42](http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/768/pdf_42). Acesso em: 24 de jun. 2019.

SILVA, R. F.; FRANCISCO, M. A. Portfólio reflexivo: uma estratégia para a formação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, p. 562-570, Dec. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400007&lng=en&nrm=iso)>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000400007>. Acesso em: 21 de jan. 2020.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Cien Saude Colet**, 2009; 14(1):139-148. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019). Acesso em: 20 de set. 2019.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica** (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. Em: S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.), **Psicanálise e saúde mental: uma aposta** (pp.55-72). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a Atenção Básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000900015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 13 de mai. 2019.

TATMATSU, D.B.; ARAÚJO, A.C.C. Atenção Primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 71-79, jul-dez. 2016. Disponível em: [repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/643/1/Dissertacao%20Bruno-parcial.pdf](http://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/643/1/Dissertacao%20Bruno-parcial.pdf) Acesso em: 24 de jan. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Regimento Interno Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/UFSM, 2013**. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/residenciamulti/index.php/documentos/regimentos>. Acesso em: 05 abr 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Projeto Pedagógico Institucional, 2012**.

Disponível em: <http://coral.ufsm.br/residenciamulti/index.php/documentos>. Acesso em 05 abr 2019.

VIEIRA, C.; OLIVEIRA, O. O papel do psicólogo na atenção primária na era NASF: ações, concepções e perspectivas. [Versão eletrônica]. In M. C. Zurba (Org.), **Psicologia e Saúde Coletiva** (pp. 103-121). Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012. Disponível em: [http://bu.ufsc.br/design/Miolo\\_Psicologia\\_e\\_Saude.pdf](http://bu.ufsc.br/design/Miolo_Psicologia_e_Saude.pdf). Acesso em: 17 de dez. 2019.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2015, v. 19, n. 55, pp. 1121-1132. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>. Acesso em: 04 de dez. 2019.