



A PSICOLOGIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA COMPLEXA PERPASSADA PELA PANDEMIA DE COVID-19

PSYCHOLOGY IN THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY OF PRIMARY
HEALTHCARE: EXPERIENCE REPORT OF A COMPLEX EXPERIENCE
PERMEATED BY THE COVID-19 PANDEMIC

Christiane Alves Abdala ¹
Ana Júlia Faccio de Medeiros ²
Marina Dória Molinari Couto ³
Aline Fernanda de Melo ⁴

Manuscrito recebido em: 17 de novembro de 2021.

Aprovado em: 14 de dezembro de 2021.

Publicado em: 08 de janeiro de 2022.

Resumo

O presente artigo traz o relato de experiência de profissionais de Psicologia inseridas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) a partir de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde no município de Santos, estado de São Paulo. O relato está baseado na atuação das profissionais residentes R1 e R2 durante os anos de 2020 e 2021, nos quais alguns pontos atravessadores de nossas práticas, como o sucateamento do SUS, o desmonte do NASF, a grande demanda em casos de saúde mental e a vivência da pandemia de covid-19 foram fundamentais para a inquietude de nossos dias e concretização desse compartilhamento. Dividimos o relato apenas para fins organizativos da leitura, em três eixos essenciais que balizam nossa atuação cotidiana fundamentada no apoio matricial, entendendo que eles se mesclam e se complementam: 1) trabalho em equipe e interprofissionalidade, 2) territorialidade e 3) sobrecarga, todos perpassados pela pandemia de covid-19. Muitas adversidades são descortinadas a partir desses eixos, mas também muita potência e resistência, ressaltando o importante papel e lugar da Psicologia na Residência Multiprofissional e no próprio NASF-AB.

¹ Doutoranda e Mestra em Ciências da Saúde na Universidade Federal de São Paulo. Psicóloga no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no município de Santos. Integrante do Laboratório de Estudos sobre a Desigualdade Social.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5879-0023>

E-mail: chris_abdala@hotmail.com

² Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do Município de Santos. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7261-4840>

E-mail: anajuliafdm@gmail.com

³ Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do Município de Santos. Graduada em Psicologia pela Universidade de Taubaté.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0763-4829>

E-mail: marinadmolinari@gmail.com

⁴ Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do Município de Santos. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0787-9698>

E-mail: psi.alinefmelo@gmail.com



Palavras-chave: Atenção primária em saúde; Estratégia de Saúde da Família; Psicologia; Residência Multiprofissional; Covid-19.

Abstract

This article presents the experience report of Psychology professionals in the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB) from a Multiprofessional Residence Program in Primary Health Care in the city of Santos, São Paulo state. The report is based on the performance of resident professional R1 and R2 during the years of 2020 and 2021, when some crossing points of our practices, such as the scrapping of the SUS (Universal Health System), the dismantling of the NASF, the great demand mental health cases and the experience of the Covid-19 pandemic, were fundamental for the restlessness of our days and realization of this experience sharing. We have divided the report, solely for organizational purposes of reading, into three essential axes that guide our daily work based on matrix support, understating that their blend and complement each other: 1) teamwork and interprofessionality, 2) territoriality and 3) overload, all permeated by the Covid-19 pandemic. Various adversities are unveiled from these axes, but also a lot of power and resistance, highlighting the vital role and place of Psychology in the Multiprofessional Residency and in the NASF-AB itself.

Keywords: Primary health care; Family Health Strategy; Psychology; Multiprofessional Residence; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Multiprofissional constituem importante formação profissional realizada no contexto do serviço e, apesar de existirem desde 1978, as Residências Multiprofissionais em Saúde foram regulamentadas apenas em 2005¹, visando a garantir a qualificação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Bezerra e Cury², a “Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) pode ser considerada uma proposta de educação interprofissional que prioriza a aprendizagem em equipe” (p. 01).

Em Santos, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde do município teve sua primeira turma em 2018, entretanto, antes da chegada dos residentes no dia primeiro de março daquele ano, muitas discussões, planejamentos, ações e avaliações foram realizadas com e pelo grupo que, mais tarde, formaria o coletivo de Tutores e Preceptores.



As categorias para compor o novo Programa foram estabelecidas a partir da grade de profissionais em atuação nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)^{3,4} do município que se envolveram no desafio de construção do projeto. Sendo assim, foi estruturada uma Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde com oito categorias profissionais, a saber: Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Terapia Ocupacional, Educação Física, Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Vale destacar que os profissionais residentes de Enfermagem e Odontologia se vinculam às equipes de saúde da família, enquanto as demais categorias se vinculam diretamente aos NASF-AB. Entretanto, há momentos coletivos com todos os envolvidos.

Implantar o projeto, com certeza, mostrou-se um enorme desafio, ainda mais associado ao sucateamento do SUS, principalmente com o congelamento dos gastos a partir da aprovação da proposta de emenda constitucional nº 95 (PEC 95) e os inúmeros ataques aos serviços e servidores públicos, sobretudo a partir da proposta de emenda constitucional nº 32 (PEC 32).

O NASF-AB, lugar privilegiado para atuação da equipe multidisciplinar na Atenção Básica, enquanto política pública a nível federal, foi extinto em 2019 a partir da publicação na portaria nº 2.979⁵, a mesma que instaura o novo modelo de financiamento e custeio da Atenção Básica, o programa “Previne Brasil”. Sendo assim, a existência e os arranjos de trabalho das equipes multiprofissionais em saúde passaram a estar submetidos à gestão em nível local, desobrigando-a de possuir equipes NASF-AB. O município de Santos optou por manter as equipes da forma como se encontravam e, desde que a referida portaria foi lançada, os profissionais de saúde têm se organizado para pensar em diretrizes a nível municipal para o trabalho do NASF-AB.

Este cenário aliado à própria vivência da pandemia por covid-19 – doença causada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2 – que teve sua condução realizada de forma catastrófica pelo governo federal brasileiro⁶ concretizaram situações tão adversas que entendemos a necessidade e importância do fortalecimento coletivo enquanto potência para a construção de novas possibilidades de atuação e enfrentamentos, tendo o próprio Programa de Residência como uma resistência importante.



Durante os dois últimos anos vimos nossa rotina atravessada por situações incomuns, a pandemia trouxe uma nova realidade para o mundo, e no Programa de Residência não foi diferente. Literalmente de um dia para o outro, tivemos de repensar e reorganizar práticas de formação e de cuidados. Aulas on-line, contatos mediados por tecnologias, paramentação completa com equipamentos de proteção individual (EPI) para todos, suspensão das atividades coletivas tão essenciais no dia a dia do cuidado na Atenção Básica, restrições para circular pelos territórios, instabilidade da Atenção Básica em favor da supervalorização da Atenção Hospitalar, diretrizes confusas e pouco eficientes, enfim, reestruturação total de nossa rotina de atuação em curtíssimo espaço de tempo.

Somado ao momento de grave crise sanitária mundial, temos, ainda, de destacar as crises humanitária, econômica e política em nosso país, gerando clima de incerteza, medo e sofrimento. É preciso considerar que a negação da ciência e a política de morte assumida pelo estado brasileiro impactam fortemente a saúde mental e psicossocial de coletivos e indivíduos⁷. Não apenas a doença em si ou o medo dela, mas a forma como os planos de atuação para o cuidado são conduzidos pelos líderes políticos e, também, o impacto de forma diferente em classes sociais diferentes, ressaltando que os mais pobres estão mais vulneráveis, são fatores que geram forte instabilidade na saúde mental de todos.

Ao contrário do que se propaga, o coronavírus não é democrático⁸. Mesmo que se espalhe e atinja pessoas das várias classes sociais, etnias e gêneros, esse espalhamento não se dá de forma homogênea, visto que alguns têm mais condições para exercerem as medidas sanitárias de proteção do que outros; os recursos em relação aos cuidados após a instalação da doença também não são, em hipótese alguma, iguais. As iniquidades já existentes em nossa sociedade foram escancaradas com a covid-19, o sofrimento que muitos já vivenciavam em razão destas foi exponencialmente agravado pela pandemia.

Diante desse quadro, lembramos que a atuação das psicólogas no NASF-AB deve ser guiada por três dimensões de forma articulada: intervenções sanitárias, clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas⁹, dimensões essas que são baseadas no apoio matricial. Mas, para além dessas dimensões, existem diversos atravessamentos que constroem a atuação das psicólogas no NASF-AB, a começar pela complexa e diversa demanda em saúde mental presente nesse nível de atenção. As questões culturais, sociais, educacionais e territoriais interferem diretamente nos cuidados à saúde da população¹⁰.



Para este artigo, propomos um recorte de algumas potências e desafios intentando compartilhar nossa vivência a partir da Psicologia inserida no NASF-AB em um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, destacando dois pontos fundamentais: 1) o lugar do NASF já se caracteriza como inovador para a Psicologia, tendo em vista sua proposta contra-hegemônica de atuação com inserção da profissional numa equipe multidisciplinar visando ao trabalho interprofissional referenciado pela lógica do apoio matricial^{11,12,13}; 2) na pandemia de covid-19 observamos e experienciamos o sofrimento psíquico se alastrar de forma exponencial em nosso cotidiano.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente relato de experiência foi construído por quatro profissionais de Psicologia inseridas no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde de Santos, município do estado de São Paulo, com atuação no NASF-AB. Trata-se da profissional tutora da Psicologia, uma profissional R2 e duas profissionais R1.

O período escolhido para esse compartilhamento de experiências refere-se ao início e agravamento da pandemia de covid-19 no Brasil: fim de março de 2020 a outubro de 2021. Esse período foi escolhido por trazer, além de novos desafios, intensificação daqueles já existentes no trabalho da Psicóloga no NASF-AB a partir de um Programa de Residência Multiprofissional.

O município de Santos conta atualmente com seis NASFs-AB implantados, onde atuam profissionais servidores públicos e profissionais residentes. As autoras estão vinculadas a três diferentes NASFs-AB. Apesar das singularidades territoriais, ao longo da tutoria, que acontece uma vez por semana, foram sendo percebidos alguns aspectos que permeavam a vivência das quatro profissionais.

A partir de muitas discussões e estudos, a necessidade de sistematização e compartilhamento dessas vivências foi surgindo e dando contorno ao presente artigo.

Apresentamos nosso relato a partir de três eixos que atravessam de forma importante nosso cotidiano: a) trabalho em equipe e interprofissionalidade; b) territorialidade, e c) sobrecarga de trabalho, todos perpassados pela pandemia de covid-19.



TRABALHO EM EQUIPE E INTERPROFISSIONALIDADE

O trabalho interprofissional se caracteriza enquanto uma prática dinâmica, inventiva, flexível, em que diversos atores, com distintos saberes, de forma colaborativa e conjunta, buscam construir ofertas de cuidados em saúde que levem em consideração as múltiplas facetas das necessidades de um indivíduo ou de uma comunidade, trabalho este que está implicado com as dimensões não somente técnicas, mas afetivas, processuais, territoriais¹⁴. Embora haja avanços nesta perspectiva, como a ênfase na importância da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa possibilitada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS)^{15,16}; e os incentivos do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS), por meio de alguns programas, com vistas à reorientação da grade curricular dos cursos da saúde, a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde, entre outros^{17,18}, ainda há um longo caminho a ser percorrido no que tange às mudanças de paradigmas e dinâmicas grupais no trabalho em saúde.

A formação dos profissionais da saúde, ainda predominantemente mais rígida e uniprofissional, com pouco contágio de outros saberes e lugares identitários, com ênfase no modelo hospitalocêntrico, médico centrado, ultraespecializado e fragmentado, é uma das dificuldades presentes no cotidiano das relações do trabalho em equipe, pois colabora com profissionais pouco engajados com a realidade, com limitações na capacidade de análise crítica e de interlocução com os pares^{19,17}. Outras questões que se colocam como empecilhos dizem respeito: à fragmentação das equipes; aos conflitos de ideias e posicionamentos, de disputas de posições de poder; aos desencontros de lugares distintos que, por vezes, são difíceis de coabitarem; aos ruídos e maus entendidos na comunicação; ao pouco conhecimento e entendimento sobre o papel das outras profissões; à competitividade e ao medo de perder a identidade profissional, ao foco excessivo na tecnicidade das ações em detrimento da reflexão e da discussão do cuidado, entre outras¹⁹.



A experiência com as equipes de saúde da família em Santos abarca todas as dimensões citadas acima no cotidiano, acrescida de peculiaridades proporcionadas, em alguma medida, pelo contexto da pandemia de covid-19. Houve alguns meses sem reuniões de equipe, com a justificativa do cenário pandêmico, sendo importante salientar que a ausência destas se configura, por si só, como um fator problemático e dificultador da atuação, na medida em que a lógica de trabalho do NASF-AB tem como pressuposto um apoio que emerge a partir de um espaço de encontro e compartilhamento com as equipes. No decorrer do tempo, foram retomadas, mas de forma heterogênea entre as unidades de saúde da família; por vezes, com divergências entre equipes de um mesmo local de trabalho.

Alguns grupos apostam na dimensão potente das reuniões, reconhecendo o espaço conjunto enquanto um locus de circulação de palavras, afetos e qualificação do cuidado por meio de um fazer-pensar juntos, enquanto outros não compartilham de tal compreensão, tendo uma lógica de discurso de que são um momento de perda de tempo, balizados pela noção de que o trabalho em saúde seria aquele que acontece apenas de modo concreto, não reconhecendo a discussão e a reflexão enquanto parte desse. Já no ato das reuniões também há dinâmicas distintas: ou se tem um matriciar, em que se compartilha um caso na perspectiva da construção conjunta, ou se tem um mero encaminhamento para núcleos profissionais específicos, sob um vértice ambulatorial, sem espaço para a corresponsabilização e para a construção da análise do cuidado e do trabalho ofertado.

A heterogeneidade é uma marca cravada, o que pode demonstrar tanto uma potência, de um agir permeável às múltiplas realidades, ou uma fragilidade, de um agir que não se sustenta pelos mesmos alicerces, de entendimentos muito discrepantes e, por vezes, antagônicos, dos ideários do SUS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, se, por um lado, a contradição entre discursos e práticas é dificultadora dos processos de trabalho, por outro, pode ser um potente analisador das relações e das dinâmicas grupais desde que coletivizada, falada, compartilhada²⁰. Assim, a questão que nos interpela é: o contexto pandêmico foi criador de lacunas na esfera da interprofissionalidade ou se revelou enquanto lupa da realidade, escancarando o que já existia?



Até mesmo a articulação e a circulação entre os serviços parceiros tornaram-se limitadas por um longo período. Os matriciamentos em saúde mental, conduzidos pela especialidade junto às equipes de saúde da família e equipes NASF-AB, foram prejudicados devido às restrições sanitárias e à falta de apoio material que permitisse o contato a distância, e foram retomados apenas recentemente, em espaços mais amplos, que permitissem minimamente o distanciamento social; esse retorno é crucial para a articulação de um cuidado integral, em rede, compartilhado. Contamos com a presença de um(a) técnico(a) de referência dos CAPS adulto e CAPS Infanto-Juvenil, assim como com a de orientadoras educacionais das escolas localizadas nos territórios apoiados e, em alguns territórios, de técnicos(as) do Centro de Referência de Assistência Social.

Na esfera da saúde coletiva, como estratégia para se evitar uma fixação em pólos extremos – o do isolamento das especialidades e profissões em si mesmas ou o de uma fusão incabível na realidade –, pensa-se na institucionalização dos saberes e na organização das práticas a partir de núcleos e campos, em que o núcleo corresponde aos conhecimentos técnicos, às especificidades, à identidade de uma área profissional e o campo a um local de junção, de encontro, em que se compartilham saberes e fazeres comuns para a produção do cuidado. A residência multiprofissional em saúde surge, então, enquanto um terreno fértil para a consolidação de tais pressupostos. Compreendendo que toda prática de saúde deve ter como horizonte final a produção de vida, de saúde, a perspectiva de encontro do núcleo-campo torna-se interessante na medida em que se pode socializar saberes e práticas, tornando mais democrática e participativa a construção do cuidado, e produzir especialistas mais sensíveis e críticos à realidade, com bagagem técnica e vivencial para intervir na complexidade das situações de saúde¹².

Em relação ao núcleo da Psicologia e sua interface com o trabalho interprofissional, a aposta de um trabalho que pudesse ser potente, mesmo em meio às dificuldades cotidianas e do contexto pandêmico, foi construída na e pela coletividade. Por meio das reuniões de equipe e das trocas que ali eram tecidas, o trabalho delineou-se: visitas domiciliares, atendimentos individuais compartilhados com outros(as) profissionais e ações de educação permanente em saúde foram as práticas mais presentes em nosso cotidiano. A retomada gradual de alguns



grupos de promoção da saúde (como os de atividade física, de artesanato, e de apoio na linha de cuidado da saúde mental, por exemplo) possibilitou o contato, mesmo que ainda embrionário, com os processos de subjetivação nas dinâmicas grupais. Em um dos NASFs-AB de atuação deste relato, está em curso a construção de um grupo de saúde mental, e em outro a ampliação do grupo já existente, fruto da observação e da análise da grande demanda por atendimentos psicológicos na atenção básica, de pessoas que seriam beneficiadas em um espaço coletivo de escuta, acolhimento e partilha de vivências e questões de saúde mental.

Tais práticas produzidas em nossos dias foram permeadas de potencialidades, mas não só: as dificuldades faziam-se presentes como um lembrete da complexidade dos processos subjetivos e grupais das relações humanas. Neste sentido, a tutoria da Psicologia (constituída pela psicóloga servidora pública do NASF-AB e as psicólogas residentes) vem sendo construída e vivenciada enquanto um importante espaço de elaboração dos entraves profissionais suscitados pela interprofissionalidade.

Há um momento semanal garantido pela agenda da residência, e sustentado pelo reconhecimento de sua relevância, em que nos reunimos para integrar teoria e prática, conforme as necessidades identificadas no fazer cotidiano. A partir de estudos teóricos, discussões de casos e circulação dos afetos mobilizados pelo trabalho, busca-se compreender a especificidade da Psicologia no NASF-AB. Há o desafio posto de, por um lado, reconhecer o que se estabelece na prática enquanto da ordem do comum, da saúde coletiva, das políticas públicas de saúde e, por outro, assumir o que se constitui enquanto saber-fazer específico da profissão. A partir das discussões e reflexões em grupo, foi possível traçar contornos que balizaram nosso trabalho na atenção básica.

Se, por uma ótica, a interprofissionalidade e o trabalho em equipe ainda se mostram incipientes, com certas dificuldades para se concretizar – já que não se tratam somente de aparatos legais e teóricos para tal, mas de mudanças de paradigmas – por outra, é uma das grandes potências para a efetivação de um cuidado em saúde ampliado, com possibilidades de transformação da realidade, a nível individual e coletivo, entendendo o fazer clínico como a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, que é também plano do coletivo, na medida em que há uma inseparabilidade entre tais dimensões²¹.



A aposta reside na construção das relações e na sua possibilidade de criar e recriar, de afetar e ser afetada, de refletir sobre as noções de cuidado e sobre as práticas com os outros e por meio dos outros, rompendo com a ideia amplamente difundida de uma natureza neutra e objetiva da ciência.

Sujeito e sociedade não fazem parte de uma realidade estática, previamente dada, impermeável, mas são produzidos nas relações, nos entrelaçamentos. Nesse sentido, o conceito de transdisciplinaridade²² emerge enquanto um desestabilizador, um produtor de crises na medida em que desfaz pontos fixos e traz à tona uma força crítica; não se trata de recusar ou abandonar as especificidades das profissões, mas de fabricar intercessores, pontos de encontro, de contágio, em que se problematize os limites rígidos e inflexíveis e se caminhe para uma expansão das fronteiras.

TERRITORIALIDADE

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica^{1,23,4}, a territorialização é considerada uma das diretrizes fundamentais para a operacionalização desse nível de atenção à saúde. No âmbito da saúde coletiva, o território pode ser concebido para além de uma delimitação geográfica e administrativa. Trata-se de um lugar vivo e dinâmico, constituído e constituinte das pessoas e coletivos, concebido a partir de um processo de determinação social, que integra aspectos políticos, econômicos, afetivos, culturais^{24,25}. Neste sentido, a atuação da psicóloga no NASF-AB prevê a aproximação e conhecimento da realidade vivida no contexto dos usuários e a identificação das necessidades de saúde ali engendradas⁹.

O levantamento das necessidades e condições de saúde da população adscrita é a base essencial para o planejamento de ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde⁴. Assim, o papel da psicóloga exige ampliação do escopo de trabalho, aproximando-se das questões da determinação social²⁵ do processo saúde-doença, em vias de proporcionar a transformação das condições de saúde²⁶.



A articulação entre ações promotoras e preventivas, para além do tratamento, é imprescindível para romper com a lógica de queixa-conduta, que induz à psicologização e patologização de questões estruturais e condicionantes do sofrimento²⁷. Aqui, toma-se como categoria de análise o sofrimento ético-político, ou seja, o sofrimento atravessado pelas dinâmicas de exclusão social, que mutila e despotencializa coletivos e sujeitos de se apropriarem da produção material e simbólica de sua época e de se expressarem enquanto cidadãos de direitos²⁸. Isso posto, a análise dos dados epidemiológicos do território de abrangência, assim como dos símbolos e sentidos produzidos por sujeitos e coletividades, em seus aspectos comuns e singulares, e a abertura ao diálogo com diferentes saberes, dos científicos aos populares, constituem um terreno fértil para a atuação crítica da psicóloga na atenção básica²⁶.

Na experiência santista, a integração com o território, que rotineiramente é foco de atenção e cuidado, foi comprometida por algum tempo. O contexto da pandemia de covid-19 vem como um desafio para se produzir uma saúde mental coletiva com recursos predominantemente individuais. As visitas domiciliares, importante instrumento para promover o cuidado daqueles que não conseguem acessar a unidade e para conhecer de perto as dinâmicas territoriais e familiares, tornam-se restritas, e as ofertas grupais permanecem fora de cogitação por um longo período. Os atendimentos individuais tornam-se o carro chefe das atividades da psicóloga no NASF-AB.

Perde-se de vista a aproximação com a realidade dos munícipes, o contato direto com os recursos e dificuldades materiais e simbólicas do território. Afasta-se da identificação das necessidades dos usuários do ponto de vista coletivo e populacional e, assim, de uma clínica ampliada²⁹. Como ficam aqueles que não conseguem acessar a unidade? Estamos, de fato, construindo intervenções que levem em conta as reais necessidades das pessoas?

No campo da atenção psicossocial, compreende-se uma saúde mental de base territorial e em liberdade, o que implica no acesso aos recursos da cidade, tanto no que se refere aos serviços de saúde, quanto em termos de cultura, esporte, lazer, moradia, assistência social, dentre outros³⁰. Durante fases mais restritivas de contenção da pandemia, espaços de lazer e cultura, como as Vilas Criativas,



centros esportivos e centros de convivência foram fechados ao público, em diferentes momentos, com o intuito de conter a disseminação da covid-19. Considerando que Santos se constitui como uma cidade litorânea, até mesmo o acesso à praia encontrou-se restrito nos períodos de maior recrudescimento da pandemia no Brasil³¹.

Se é previsto que a psicóloga se desloque da lógica curativa, que atua sobre os quadros de saúde estabelecidos, atuando de forma a promover qualidade de vida e prevenindo agravos em saúde²⁶, tendo o usuário como centro do cuidado e trabalhando em prol da autonomia e emancipação²⁹, o afastamento das dinâmicas territoriais, sem dúvidas, culmina no estreitamento de estratégias, sobrecarga e impacta o processo formativo dos profissionais.

Por outro lado, experiências de reaproximação, a partir dos próprios agentes comunitários de saúde e de projetos comunitários, têm se mostrado uma aliança promissora para retomar o contato com a comunidade, reconhecendo suas especificidades. Neste sentido, com a introdução, a partir de uma disciplina teórica do Programa de Residência, dos Mapas Afetivos³², instrumento empregado com o intuito de compreender as relações e os significados atribuídos ao território do ponto de vista dos afetos³³, foi possível observar como sujeitos e coletividades se apropriam dos lugares onde vivem e como narram as histórias ali tecidas e atravessadas por processos de desigualdade, exclusão e construção de identidade, própria e comunitária.

SOBRECARGA DE TRABALHO

O trabalho do NASF-AB, baseado na metodologia do apoio matricial, é orientado nos Cadernos de Atenção Básica^{34,35}, que indicam que a equipe seja retaguarda especializada às equipes de Saúde da Família (eSF). O apoio matricial implica numa lógica outra de se operar o trabalho realizado na Atenção Básica, de modo a se reformular as práticas profissionais já estabelecidas e o modelo de referência e contrarreferência ainda presente, buscando gerar uma corresponsabilização pelo cuidado e estruturá-lo de forma mais horizontalizada³⁶.



Pesquisas¹⁰ realizadas com profissionais de ambas as equipes relatam dificuldades no trabalho a ser realizado com base nessa metodologia devido a diversos fatores, como orientações vagas de organização do trabalho por meio dos documentos ministeriais, ausência de direcionamentos mais precisos para as equipes NASF-AB ao construir seus processos de trabalho, excesso de demandas e falta de recursos, gestões dos serviços heterogêneas, e pouca experiência com o trabalho interdisciplinar.

Esses fatores dialogam e são influenciados, em sua maior parte, pelo desmonte e projeto de privatização que o SUS, como um todo, vem sofrendo, vide as já citadas emendas constitucionais nº 32 e nº 95. Nesse sentido, são apontadas fragilidades que corroboram com o risco de reprodução do modelo assistencial individualizado pela equipe NASF-AB e eSF, apesar de direcionamentos para aspectos de organização mais coletiva do trabalho. A realidade santista vai ao encontro de alguns pontos descritos nesses estudos, considerando ainda o momento da pandemia de covid-19, que acentuou a fragilização de alguns processos coletivos.

Tratando-se especificamente do campo da saúde mental, notamos que trabalhar aspectos da subjetividade dos usuários na Atenção Básica causa, em alguns profissionais de saúde, um receio com relação ao cuidado realizado. A psicologia, como núcleo profissional especializado em questões da saúde mental, mas não somente, assume o posto de categoria, dentre os profissionais NASF-AB, bastante demandada para situações em que se observe qualquer questão acerca dessa área¹⁰. Cezar *et al* constata que um dos desafios da profissional de psicologia no SUS é ser percebida como atuante em outras questões relativas à saúde para além do campo da saúde mental, como se esse fosse exclusivo da profissional psicóloga⁹.

O período experienciado pelas profissionais residentes de psicologia é fortemente atravessado pelo excesso de demandas por atendimento individual especializado. É considerado que, com o início da pandemia de covid-19, houve um agravamento das condições de saúde em geral, conseqüente das situações adversas que esta gerou, como o isolamento social, o medo da contaminação pelo vírus potencialmente fatal e o contexto de incertezas em diversas esferas da vida^{37,7}. Nesse cenário, a busca pelo apoio psicológico tem se expandido consideravelmente.



O caderno de Atenção Básica específico sobre o NASF-AB³⁴ cita que o atendimento individual não se exclui do rol de práticas a serem realizadas pela profissional de psicologia, porém as ações também devem ser voltadas para o compartilhamento do cuidado, discutindo com os outros profissionais os diversos tipos de possibilidades de atuação. No entanto, os espaços de discussão voltados para essas possibilidades foram bastante prejudicados pela dinâmica adotada frente à pandemia, sendo raros por um período importante.

Outra questão importante acerca da relação entre as eSFs e eNASF-AB é o fato apontado na pesquisa de Alves et al⁹, de que o NASF-AB ainda é entendido por muitos trabalhadores da ESF como um serviço de referência, e não como apoio ou suporte. Essa dinâmica dissonante na relação das equipes está presente no cotidiano das profissionais residentes e propicia a sobrecarga das psicólogas NASF-AB, pois tem sido pouco possível pensar em ações que visem ao aspecto coletivo implicado por ambas as equipes no cuidado em saúde mental, atravessado principalmente pela pandemia de covid-19 e também pela dificuldade em lidar com a mudança de paradigma proposta pelo apoio matricial.

Com algumas eSF existe o entendimento de que o trabalho com o NASF-AB propõe a realização de ações de forma conjunta, mas em grande parte das vezes as profissionais se deparam com dificuldades no estabelecimento de uma agenda conjunta entre profissionais da eSF e NASF-AB, levando em conta o complexo contexto em que a Atenção Básica se encontra, com excesso de demandas e sobrecarga de trabalho em que devem atingir metas altas de produção¹⁰. Desta forma, o excesso de demanda e a carência de recursos são indicados por Campos & Domitti³⁶ como um obstáculo à proposta matricial.

Frente às variadas e complexas situações existentes no campo da saúde mental, juntamente com a dificuldade em se realizar o trabalho de forma coletiva e a corresponsabilização entre eSF e NASF-AB, além do desinvestimento atual que o campo da Atenção Básica vem sofrendo, as psicólogas sentem-se como aponta Alves et al⁹: “o profissional sente-se como o equilibrista que, busca dar apoio a equipe, porém identifica uma vasta demanda na qual não consegue resolver, repercutindo em um sentimento de frustração, de ausência de apoio para a equipe do NASF-AB” (p. 9).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS); os impactos da transição epidemiológica e demográfica atual; o reconhecimento das fragilidades e inconsistências dos modelos de atenção à saúde ainda fortemente voltados para as condições agudas e com dinâmica fragmentada, e a complexidade dos processos de saúde-doença-cuidado, somados aos determinantes sociais de saúde, trazem à tona a necessidade vital de um cuidado integral, de um olhar que comporte a magnitude e a complexidade dos sujeitos e das coletividades e seu entrelaçamento com o campo da saúde^{19,38,39}. Nesse sentido, o trabalho em equipe multiprofissional, realizado de forma interprofissional, colaborativa e com permeabilidade aos diversos saberes e práticas, configura-se como uma potente ferramenta para a qualificação do cuidado e trabalho em saúde.

No cenário santista, a equipe multiprofissional, configurada enquanto NASF-AB, vem passando por diversas fragilizações dos processos de trabalho a partir das dificuldades que essas equipes encontram sem o fomento federal para sua permanência, como a falta de profissionais nas equipes e a ausência de direcionamentos a nível local que dialoguem com a proposta do apoio matricial entre eSF e NASF-AB.

Nesse contexto, implantar e consolidar o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde no município, inclusive com o fortalecimento dos trabalhadores em torno dessa proposta de construção coletiva, mostrou-se como um importante ato de resistência ao desmonte do SUS e da Atenção Básica. Apesar disso, os Programas de Residência em Saúde também são afetados. Estes têm como objetivo a formação em serviço voltada diretamente para o trabalho no SUS, mas, frente ao contexto neoliberal em que existe um forte projeto de privatização dos serviços de saúde, que estão sendo progressivamente sucateados, estes possuem cada vez mais empecilhos para acolher os profissionais qualificados a partir dessa modalidade de formação.



Este cenário de desmonte e sucateamento tem gerado mudanças que impactam diretamente a organização do trabalho e as demandas a serem exigidas das trabalhadoras no campo da saúde e, as residentes, enquanto profissionais formadas, mas também em formação complementar, são cobradas em algumas situações a fim de estancar a falta nos campos de atuação.

Com a chegada da pandemia por covid-19, os impactos diversos que esta trouxe desestabilizaram de forma intensa a Atenção Básica e as ações que vinham, com grande esforço, sendo desenvolvidas. Somado ao cenário de desinvestimento no SUS, à focalização e valorização dos níveis de alta complexidade da atenção à saúde e à atual conjuntura de crise política e econômica, a Atenção Básica também sofre com a falta de recursos e excesso de demandas devido à precarização da vida de forma ampla.

Tamanha precarização e piora nas condições de vida das pessoas se fazem sentir pela característica deste nível de atenção à saúde, configurado a partir de serviços de base territorial e como porta de entrada preferencial no SUS^{1,23,4}. O processo de retomada das atividades comunitárias e reaproximação das dinâmicas territoriais têm escancarado as vivências de exclusão, marcadas pelo desemprego, medo, insegurança alimentar e outras perdas concretas e simbólicas, agravadas pelo cenário pandêmico e pela gestão nefasta do governo federal⁶.

Neste sentido, a atuação da psicóloga na Atenção Básica tem a tarefa de retomar a ampliação de suas práticas de trabalho, pautada pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, considerando o compromisso ético-político²⁶ de atuar sobre as condições de exclusão e opressão, responsáveis por perpetuar as condições de sofrimento de sujeitos e coletivos²⁸.

O cenário de dificuldades estabelecido traz consequências bastante concretas no dia a dia dos serviços, assim como na atuação das residentes de psicologia inseridas neles. Porém, buscou-se, por meio deste relato, abarcar esses aspectos de forma a valorizar o trabalho e os processos que permeiam os princípios e diretrizes do SUS, atravessados pela relação intrínseca com a interprofissionalidade, com o território e com as formas com que a Psicologia tem sido vista e se colocado nesse campo.



Nas mesmas veredas da saúde coletiva, que possui uma identidade ainda em desenvolvimento, de difícil elaboração, já que permeada por múltiplas construções⁴⁰, a interprofissionalidade, as ações estabelecidas com o território e as relações entre demanda e o fazer na Atenção Básica compõem uma lógica-prática em elaboração, que não está consolidada, que se mostra como algo de uma ordem não-acabada, não-toda, que está em processo de tornar-se. Funda-se em um paradoxo de bom e ruim, de fragilidade e potência, pois, se por um lado, há dificuldades no campo prático, por outro, mostra-se enquanto um campo aberto à apreensão do novo, do múltiplo, do heterogêneo. Um campo vivo, com um trabalho vivo, no qual o cuidado possa produzir vida e possibilidades no existir dos sujeitos⁴¹.

Que possamos apostar numa construção de cuidado cada vez mais democrática, participativa, de miscelânea de saberes, com abertura para a inventividade, com lugar de acolhimento para o inesperado. Uma artesanaria do saber-fazer em saúde produzida por muitas e diversas mãos!

REFERÊNCIAS

1. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. (2005). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
2. Bezerra MCS, Cury VE. A experiência de psicólogos em um programa de residência multiprofissional em saúde. *Psicologia USP*. 2020;31(e190079):1-9. <https://www.scielo.br/j/pusp/a/WWtnvrPY9QPsn6CJM8jKgZb/?format=pdf&lang=pt>
3. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. (2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
4. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html



5. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. (2019). Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: Ed. 1, Seção 1, p. 97. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
6. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, Bousquat A. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminoso do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde Debate*. 2020;44(126):895-901. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>
7. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5): e00068820. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>
8. Costa PHA, Mendes KT. Saúde Mental em Tempos de Crise e Pandemia: Um Diálogo com Martín-Baró. *Revista Psicologia e Saúde*. 2021;13(1):217-231. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1367>
9. Alves RB, Bruning NO, Kohler KC. “O Equilibrista”: Atuação do Psicólogo no NASF-AB no Vale do Itajaí. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019;39(e186600):1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186600>
10. Klein AP, d'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(1): e00158815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>
11. Campos GWS. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998;14(4):863-870. <https://www.scielo.br/j/csp/a/NFSNGnbbPr3DFy89XCbSZLN/?lang=pt&format=pdf>
12. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000;5(2):219-230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
13. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
14. Oliveira GM, Daltro MR. ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. *Saúde em Debate*. 2021;44(spe 3):82-94. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E309>
15. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. World Health Organization, 2010. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/7018>



16. Pan American Health Organization. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. PAHO; 2017.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34353/PAHOHSS17024_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe1):97-105. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S108>
18. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019;43(1):86-96. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>
19. Araújo HPA, Santos LCD, Domingos TDS, Alencar RA. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2021;29:e3450. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4484.3450>
20. Marazina IV. *Trabalhador de Saúde Mental. Encruzilhada da loucura*. Saúde loucura 1. São Paulo: Hucitec; 1989.
<https://www.passeidireto.com/arquivo/60404391/marazina-i-trabalhador-de-saude-mental-encruzilhada-da-loucura>
21. Benevides R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*. 2005;17(2):21-25. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>
22. Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2000;16(1):71-79.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>
23. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília, DF: Diário Oficial da União.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
24. Feitosa MZS, Sousa LCA, Paz AFC, Barreto EHFL, Bomfim ZAC. Afetividade, território e vulnerabilidade na relação pessoa-ambiente: um olhar ético político. *Fractal: Revista De Psicologia*. 2018;30(2):196-203. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5505>
25. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*. 2017;41(112):63-76.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>



26. Conselho Federal de Psicologia. (2019). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde (2a ed.). CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf
27. Dimenstein MDB. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*. 2000;5(1):95-121.
28. Sawaia B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. Sawaia. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Editora Vozes; 1999. p. 97-118. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5648113/mod_resource/content/1/Mello%20%282001%29%20-%20A%20viol%C3%Aancia%20urbana%20e%20a%20exclus%C3%A3o%20de%20jovens%20%5Bleitura%20principal%5D.pdf
29. Brasil. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde; 2007. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
30. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (4a ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
31. Prefeitura de Santos. Esclarecimentos sobre as medidas de prevenção à Covid-19 em Santos. 2021. <https://santos.sp.gov.br/?q=noticia/esclarecimentos-sobre-as-medidas-de-prevencao-a-covid-19-em-santos>
32. Bomfim ZÁC. Afetividade e ambiente urbano: uma proposta metodológica pelos mapas afetivos. In Pinheiro JQ, Günther H. (Orgs.). *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 253-280.
33. Augusto DM, Feitosa MZS, Bomfim ZÁC. A utilização dos mapas afetivos como possibilidade de leitura do território no CRAS. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 2016;7(1):145-158. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v7n1/a09.pdf>
34. Brasil. Núcleo de apoio à saúde da família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. *Cadernos de Atenção Básica*, (39). 2014 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>
35. Brasil.. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, (27). 2010. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf



36. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>
37. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Estudos de Psicologia. 2020;37(e200063):1-13.
<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
38. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. CONASS; 2014.
<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n3.pdf>
39. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
40. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde e Sociedade. 2015;24(supl.1):205-218.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
41. Feuerweker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Rede UNIDA; 2014.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531195/mod_resource/content/1/Livro%20Micropolitica%20e%20sa%C3%BAde.pdf