

**PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Yanna Embiruçu Souza Cangussu

**Caminhando pela Saúde da Família e Redescobrando a Saúde Mental: Memorial  
de uma Psicóloga na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.**

Trabalho de conclusão de Residência  
apresentado à Fundação Estatal Saúde da  
Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para  
certificação como Especialista em Medicina  
de Família e Comunidade ou Multiprofissional  
em Saúde da Família (um ou outro).

Orientador: Mariana Aragão

BAHIA  
2020

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>5</b>
<b>3. ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>8</b>
<b>4. A PSICOLOGA NO NASF.....</b>	<b>9</b>
<b>5. APOIO MATRICIAL.....</b>	<b>13</b>
<b>6. GRUPOS TERAPÊUTICOS.....</b>	<b>15</b>
6.1. Grupo de Convivência: Feliz Idade.....	15
6.2. Grupo de Saúde Mental: Bem Viver.....	16
6.3. Horta Comunitária.....	19
<b>7. EXPERIÊNCIAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>20</b>
7.1. “Baba da Saúde” .....	21
7.2. Grupo de Saúde do Homem.....	23
<b>8. ESTÁGIO ELETIVO EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>24</b>
8.1. Atividades Acompanhadas no Estágio Eletivo.....	27
8.1.1. Grupos do Serviço de Psicologia e Psicoterapias.....	27
8.1.2. Atividades da UTRA.....	28
8.1.3. Grupo de Teatro Terapêutico.....	29
<b>9. ESTÁGIO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....</b>	<b>29</b>
<b>10. CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é um memorial construído a partir da minha experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, um programa de especialização da Fundação Est de Saúde da Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que está vinculado ao Ministério da Educação e tem o intuito de formar profissionais para trabalhar na atenção básica, compreendendo esta área como base para reestruturação do modelo assistencial de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Confesso que para uma pessoa que aos 18 anos foi cobrada por escolhas que ainda não sabia fazer, que passou por duas orientações vocacionais, e escolheu o curso de Direito com o qual não se identificou, sustentar mudar o rumo de sua vida para a psicologia, formar e encontrar uma paixão que foi a área de saúde mental foi uma realização. Mas aquela ilusão de completude durou pouco, somos seres faltantes e a falta me levou a uma nova busca: por um caminho que fosse um pontapé para a minha carreira, que me possibilitasse aprender através de experiências práticas e me trouxesse maior segurança na minha atuação como profissional. Foram sete meses estudando para concursos e provas de residência, num momento em que o país e a minha família estava passando por uma crise financeira, e a minha terapia e o esporte eram e são meus momentos de cuidar da minha própria saúde mental.

De repente passei em segundo lugar na residência da FESF e me veio a sensação de ser recompensada por toda dedicação durante o curso e de agora ter um caminho por onde seguir. Caminho esse que abriria meu olhar para a saúde como um todo, ao mesmo tempo em que me manteria próxima da saúde mental. Claro que a ideia de que a partir daí tudo estaria resolvido também foi uma ilusão, a residência foi um lugar onde me deparei com as dificuldades de um sistema de saúde atravessada por uma política de interesses e subfinanciado, um lugar onde ocorreram diversos conflitos relacionais e internos, mas acima de tudo um lugar de amadurecimento e empoderamento do meu lugar de profissional, e de muita aprendizagem.

O processo de aprendizagem acontece junto à Residência Médica em Saúde da Família, e ambos vivenciam o cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família (USF), porém com o apoio de um suporte técnico pedagógico e a partir de metodologias ativas (FESFSUS).

Essa Residência ocorre no período de dois anos, e está alocada na região metropolitana de Salvador; nesta vivência teremos principalmente o campo de Lauro de Freitas como ponto inicial, no qual foi realizada a maior parte do primeiro ano de residência, e a cidade de Camaçari, onde foi continuado o processo. Durante esse memorial vamos transitar por eventos desses dois campos, indo e voltando quando necessário para abordar

cada tema escolhido. Destaco que não darei foco a esta transição, pois ela ocorreu devido disputas de poderes na qual tentamos não nos envolver, mas que acabou gerando grande sofrimento. Reservo a mim e aos que vivenciaram esse processo o direito de deixar isso para trás. Sobre a carga horária prática, ela era realizada em 40 horas no serviço, e a complementar teórica em rodas que possibilitavam as discussões e articulações teóricas, além de Seminários aos Sábados e assembléias.

O segundo ano, por sua vez, é dividido em três estágios: o eletivo, no qual o residente escolhe um serviço que gostaria de vivenciar, o optativo em que ele escolhe uma linha de cuidado para atuar, e o de gestão, que trará a experiência do dia a dia em um departamento ou diretoria da gestão daquela RAS. O meu estágio eletivo ocorreu principalmente no Serviço de Psicoterapias e Psicologia Clínica, Grupo de Teatro Terapêutico e na Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoólica e Outras Dependências (UTRA), todos parte do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), além de poder conhecer outros serviços associados ao Centro. O estágio de gestão ocorreu na Coordenação de Gestão da Educação Trabalho e Humanização em Saúde (COGETHS), que faz parte da Diretoria de Planejamento (DIPLAN) de Camaçari. E por fim, o optativo ocorreu na RAPS, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial: o II que se ampliou para III, o de álcool e outras drogas (CAPS ad) e o infantojuvenil (CAPSi). Além disso, durante dois dias na semana, os residentes do segundo ano (R2) devem retornar às USF de modo a tentar articular o que vem aprendendo nos estágios e apoiar os residentes do primeiro ano (R1) que chegaram.

Este percurso começa em março de 2018, quando chegou uma nova turma de residentes na USF São Judas Tadeu (SJT), em Lauro de Freitas. Essa USF contava com cinco equipes mínimas e um NASF que cobria apenas essa unidade. Este NASF especificamente era composto por duas nutricionistas, dois professores (as) de educação física, duas fisioterapeutas e duas (os) psicólogas (os), sendo que já existiam na USF uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista, as três contratadas pelo município. Pelo menos do que diz respeito aos residentes, éramos um NASF muito ativo e fomos aos poucos criando relações fortes com a maioria das equipes, principalmente por estarmos sempre presentes nessa USF, o que possibilitava mais discussões e planejamentos conjuntos.

Quando ocorreu a transição para o NASF 1 de Camaçari, por sua vez, fui junto com uma profissional de cada um desses núcleos da minha equipe pregressa de Lauro de Freitas, e juntas encontramos uma equipe de residentes que cobria duas USF (Nova Aliança e Phoc CAIC) e constava de duas nutricionistas, dois professores de educação física, duas fisioterapeutas, mas apenas uma psicóloga. Claramente a psicóloga estava grata por ter

agora um apoio de núcleo, alguém para dividir o grande número de demandas, mas no mais, acabamos ficando com um NASF muito grande e por isso com o passar do tempo e com a configuração da agenda de R2, o trabalho foi ocorrendo de forma mais separada. Uma parte dedicava-se mais à USF Nova Aliança e outra a Phoc CAIC: eu fiquei mais direcionada à segunda, por ter criado um vínculo maior com alguns profissionais desta unidade e perceber que os outros tinham um vínculo mais forte com a primeira. Não que tudo isso tenha sido simples, éramos novas profissionais, com novas idéias, opiniões fortes e experiências completamente diferentes das da equipe que encontramos, então sim, alguns conflitos de idéias me faziam pensar se íamos finalmente encontrar um lugar para atuar com tranquilidade e união, ou se seria outro campo minado. De certa forma esse lugar não foi encontrado simplesmente, mas ele teve que ser construído, e ter comigo aquelas três amigas foi o que me deu forças para esse recomeço. Paralelamente a isso viciiei o luto das perdas dos projetos, do restante da equipe e das relações criadas com a comunidade de Lauro de Freitas, construímos muita coisa lá e se despedir disso foi a parte mais difícil. Ter no processo de trabalho usuários assíduos e ativos na USF, criar laços e produzir controle social e saúde a partir disso, foi o mais gratificante de todo processo.

No que se refere à psicologia, quando cheguei éramos os primeiros residentes da área no programa em Lauro de Freitas. A primeira vez que ouvi algo referente às expectativas sobre esta inovação foi ainda na matrícula, uma das coordenadoras disse “que bom que agora temos psicólogos, foi um pedido que já vem sendo feito há tempos, pois a demanda de saúde mental do território é muito grande”. E esta fala se repetiu algumas vezes nos primeiros dias em campo, tanto por preceptores, quanto por outros servidores que já atuavam na USF. Isso me trazia a reflexão, “o que esperavam de mim?”, que lugar seria esse que a psicologia ocuparia na saúde da família e, mais especificamente, frente a esta alta demanda de saúde mental? Pode-se dizer que nesse momento ainda não havia resposta para esta pergunta, a resposta seria construída ao longo desses dois anos de residência, e para isso foi preciso uma entrega teórica, prática e emocional. Retomar e me aprofundar nas questões de saúde mental que tanto me instigam foi essencial, ao mesmo tempo em que compreendia uma nova forma de produzir saúde que ia para além do meu núcleo, e tudo isso só foi possível a partir da Reforma Psiquiátrica e do advento do modelo de Atenção Psicossocial.

## **2. SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Não é possível falar da saúde mental sem abordar seu histórico adoeecedor. Histórico marcado por inúmeras perdas: de vida, moral, dignidade, enfim, de humanidade. Nessa época, as pessoas que eram ditas loucas, ou que simplesmente desafiavam os “bons

costumes” da sociedade, eram estigmatizadas pelo próprio saber médico como doentes, alienados, desajustados e irracionais; e então eram enclausuradas em hospitais psiquiátricos (LUCHMANN, RODRIGUES; 2006). Como denúncia Daniela Arbex (2013) em Holocausto Brasileiro “Ao receberem passaporte para o hospital, os passageiros tinham sua humanidade confiscada” (p. 28). Toda subjetividade, singularidade e história de vida era subtraída, eles eram reduzidos aos diagnósticos médicos e encaravam a morte, primeiramente social e depois física (LUCHMANN, RODRIGUES; 2006). Durante muito tempo as atrocidades desses locais eram abafadas, seja por aqueles que apoiavam, pelos que temiam denunciá-las, ou pelos que denunciavam e eram de alguma forma ignorados ou calados.

Isso sempre me soou como absurdo, a incompreensão do sofrimento dos outros e do modo como esse sofrimento se manifesta ser suprimida junto com a humanidade daquelas pessoas. Não somos todos enfim seres incompreendidos? É verdade que houve muitos eventos históricos em que o homem por se sentir superior exerceu a violência de forma genocida, mas para mim sempre foi inconcebível que essa violência fosse praticada por profissionais de saúde que como eu estava se propondo ao cuidar. E o que eu precisaria aprender e vivenciar para nunca ser realmente como eles? A Reforma Psiquiátrica fala não só de uma história de luta contra essas atrocidades, mas sim da reconstrução de um novo lugar para sujeitos em sofrimento.

Foi no contexto do Regime Militar, isto é, do combate à Ditadura Militar (década de 80), com o fortalecimento de discussões em torno dos direitos humanos, que surgem as primeiras manifestações do setor da saúde, voltadas principalmente para melhoria das condições de trabalho e pela humanização dos serviços. Destaca-se neste contexto o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que denunciaram ativamente o governo militar e as práticas de assistência psiquiátrica da época. Dois eventos foram marcantes em 1987, principalmente porque aproximaram os usuários e familiares dessa luta, tornando-os sujeitos ativos: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM (em Bauru/SP). A partir deste último foi criado o Manifesto de Bauru que praticamente funda o movimento da luta antimanicomial, e o início do processo da Reforma Psiquiátrica (LUCHMANN, RODRIGUES; 2006). E então “...eles, que foram chamados de “doidos”, denunciam a loucura dos “normais” (ARBEX, 2013, p. 13).

A Reforma Psiquiátrica é um processo com dimensões sócio-político-institucionais que envolve múltiplos atores em uma série de movimentos, conflitos e relações de solidariedade com o objetivo de transformar o local do louco na sociedade (LUCHMANN, RODRIGUES; 2006). De acordo com o Caderno 34 da Atenção Básica (2013), no que diz respeito à Saúde Mental, o Brasil se baseou em experiências exitosas de países europeus,

para construir um novo modelo de cuidado aos usuários de saúde mental que fosse progressivamente substitutivo aos hospitais psiquiátricos, e com foco em serviços comunitários e na inserção social. Com isso, a própria noção do que é saúde mental precisou ser atualizada.

Durante muito tempo e quase que contraditoriamente, falar de saúde mental era o mesmo que falar de doença mental, ou melhor, de doentes mentais. A partir da Reforma Psiquiátrica esse tema toma uma outra posição na sociedade, tornando-se uma área de atuação técnica complexa e com espaço garantido diante de políticas públicas. Complexo sim, pois lidar com subjetividades individuais e coletivas é lidar com singularidades, com possibilidades plurais da existência humana, com psiquismos complexos. Portanto o reducionismo desses indivíduos a meros diagnósticos não dá conta de contemplar tudo isso (AMARANTE, 2007). Diante disso, o termo Saúde Mental toma uma proporção que atravessa a transversalidade de saberes e engloba uma rede de serviços voltada ao cuidado, produção de saúde e defesa da vida (CAMPOS, 1991apud YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018).

A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc). O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade. (BRASIL, 2013)

Entende-se aqui que a lógica manicomial vai além da existência dos manicômios, mas tem muito mais a ver com o reducionismo dos sujeitos e sua consequente exclusão social, em prol da manutenção de uma suposta ordem moral. A atenção psicossocial enquanto processo social vai na contramão disso, ela compreende que a saúde se produz diante da complexidade de vidas múltiplas e diversas, das relações e tensões, acreditando na potencialidade dos sujeitos de se reinventarem e se adaptarem de forma singular e inseridos socialmente (YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018). Portanto compreende-se que ela vai muito além da mera implantação de serviços, é um trabalho que se constrói progressivamente na coletividade e em rede (AMARANTE, 2007). Considerando que a AB tem a oportunidade de vivenciar o cotidiano desses sujeitos e do território onde vivem e atuar diretamente e em parceria com eles, fica claro a sua potencialidade em reinventar novas formas de produção de saúde, além de sua posição estratégica aproximando os diferentes pontos da rede para a corresponsabilização do cuidado (YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018). Acontece que como todo processo de mudança, isso não ocorre tranquilamente, e nesta experiência de residência é possível evidenciar que a mudança do lugar da saúde mental ocorre num

terreno de tensões, confrontado com dificuldades estruturais, sociais, econômicas e políticas, com diversidades ideológicas e múltiplas formações profissionais e pessoais.

### **3. ATENÇÃO BÁSICA**

A Atenção Básica (AB) é aquela área que vai assumir um papel central na articulação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), dando, portanto sustentação aos outros níveis de atenção à saúde através da promoção de saúde e da prevenção de agravos. Para que isso seja possível ela vai envolver também ações, no âmbito individual e coletivo, voltadas para diagnóstico e tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012). Mais do que isso, assumindo a posição de principal porta de entrada para a RAS, suas Unidades se localizam de forma territorializada, isto é, próxima a casa dos indivíduos a quem presta cuidados. Desta forma o acesso é facilitado e os vínculos fortalecidos, podendo compreender as necessidades reais de cada população e planejar ações direcionadas a partir de tecnologias leves e leves duras. Essas ações são desenvolvidas de modo a considerar o sujeito como singular, integral e dotado de autonomia, além de compreender que os determinantes sociais de saúde são fatores que interferem diretamente nas condições de saúde da população (BRASIL, 2012). Para que toda essa complexidade seja possível é importante que todos os atores estejam envolvidos, isto é, que seja um trabalho realizado a partir da corresponsabilização dos serviços, da atuação em equipes multiprofissionais e com a participação popular.

Entre as pessoas que acessam a AB, estão também aquelas em situações de sofrimento psíquico e que devem encontrar nela um local de cuidado. Muitas vezes, por estar mais próxima do território onde as pessoas vivem, ela é mais facilmente acessada, além de possibilitar a aproximação com a integralidade da vida daqueles sujeitos e dos fatores que interferiram para sua demanda de saúde mental (BRASIL, 2013). Acolher, vincular, escutar, ajudar na reinserção social, promover atividades terapêuticas, de lazer e de redução de danos, oferecer cuidados de saúde em geral, realizar projetos terapêuticos singulares e articular o acompanhamento com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são algumas das potencialidades da AB diante da saúde mental. Acontece que entre os profissionais existe um misto de dúvidas, curiosidades e receios em relação a como atuar nessas situações, e isso pode ser trabalhado a partir do que chamamos de matriciamento. O matriciamento é uma estratégia que nos permite construir o cuidado de forma compartilhada e aprender com isso, isto é, é um meio pelo qual, através do trabalho conjunto, se pode criar intervenções que sejam tanto pedagógicas quanto terapêuticas (CHIAVERINI, 2011). No que se refere à saúde mental na AB, ele pode ocorrer tanto de modo intersetorial,

envolvendo outros serviços da RAPS e da RAS, quanto entre as equipes mínimas e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A Saúde da Família é a principal estratégia para a consolidação da AB que vem fortalecer o seu papel como central e com acesso primordial. Partindo de um trabalho construído a partir de equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem, podendo incluir também dentistas, auxiliar ou técnico de saúde bucal e agente comunitário de saúde ou de endemias) apoiadas pelo NASF, ela visa a produção de uma atenção mais integral, equânime e contínua (BRASIL, 2017). De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF é formado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar com categorias profissionais complementares às equipes mínimas, e que variam as especialidades de acordo com as demandas mais prevalentes dos territórios adstritos. Essa equipe deve trabalhar de forma horizontal e integrada aos outros profissionais, dando-lhes suporte clínico, sanitário e pedagógico, e visando assim garantir uma longitudinalidade do cuidado. Suas ações devem ser pautadas tanto nas necessidades da população, quanto nas dificuldades dos profissionais da AB; “Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.” (BRASIL, 2017). Destaca-se também a importância do NASF e da AB em geral atuar em conjunto com a RAS, além das redes sociais e comunitárias e outros equipamentos públicos e privados.

#### **4. A PSICOLOGA NO NASF**

Ao dialogar com os diversos profissionais que já estiveram inseridos em diferentes contextos de AB, percebe-se que a atuação da nossa categoria ainda estava muito associada à clínica, o que condiz com as origens da psicologia. Realmente é um desafio para nossa profissão ultrapassar as barreiras do setting terapêutico e se entender enquanto profissional de saúde do NASF: foi um desafio para mim. Maria Edilânia Furtado e Liliane Brandão Carvalho (2015) chamam a atenção para alguns fatores que contribuem para isso: primeiramente a escassez de produções científicas acerca do trabalho da psicologia na saúde pública, especialmente porque a inserção da categoria nesse contexto ainda é recente. Em segundo lugar, temos a própria portaria do NASF que restringe a atuação da (o) psicóloga (o) apenas à saúde mental. Além disso, compete ao NASF uma cobertura de um número de equipes muito maior do que o que realmente é possível para promover um trabalho com integralidade e longitudinalidade, ainda que prevaleça a lógica matricial. As autoras destacam também o fato de que saímos das nossas graduações muito mais preparadas para trabalhar na perspectiva da clínica individual, do que para atuar na saúde

pública e frente às políticas públicas, e isso torna a AB ainda mais desafiador. O lugar na psicologia no NASF é um lugar que ainda está sendo construído, e que cada profissional vai encontrando sua forma de ser “nasfiano” e de lidar com um trabalho tão multiprofissional.

Trazendo isso para minhas vivências, percebo que as equipes mínimas se sentem sobrecarregadas das demandas clínicas assistenciais que foram abordadas em suas graduações como prioritárias, e que a rede, da forma como esta posta em ambos os municípios hoje, não vem dando conta. Isso interfere diretamente nas expectativas que essas equipes criam em relação à atuação do NASF, normalmente esperam que a gente também tenha essa atuação mais nuclear e clínica, ao mesmo tempo em que demandam que façamos os trabalhos coletivos de promoção de saúde e controle social que eles não teriam tempo ou experiência para fazer. Essa situação tende muitas vezes a gerar conflitos ao invés de somar forças. Esse é mais um papel do NASF que não aprendemos na faculdade, mediação de conflitos. Lidar com algumas equipes se demonstrou mais desafiador do que o cuidado com os usuários, mas vi que também é em algumas discussões e discordâncias que se produzem mudanças significativas e crescimento.

Tive apenas duas matérias que abordavam saúde pública durante a faculdade, uma teórica e outra prática, e sei que isso é uma exceção a regra, muitas graduações não as tem, ou mesmo tendo, assim como a minha, não nos dá nenhuma noção da complexidade da AB e do NASF. A meu ver, entrei nesse processo como uma pessoa dedicada e proativa, mas que corria de um lado para o outro para fazer perguntas e pedir ajuda de quem estivesse disponível, para assim poder ignorar o medo de fazer errado e focar no fato de que eu era a responsável por aquele cuidado. E na residência é assim, quando você para pra pensar em sua insegurança, você já foi lá, ignorou essa insegurança e fez.

Além disso, falta em nossas formações também um maior preparo para o trabalho com as coletividades e com equipes multidisciplinares, aspectos que percebo como disparadores de toda complexidade e potencialidade do processo de trabalho. É por este motivo que encontramos na AB psicólogas (o) voltadas (o) muito mais para o trabalho assistencial da atenção secundária, reproduzindo uma lógica curativista e assistencial puramente, do que para a promoção de saúde. Posso dizer que, até certo ponto, atuar na AB com a lógica primordialmente clínica é uma posição cômoda na qual temos mais segurança em atuar ao ingressar no mercado de trabalho; uma posição que hoje, ao me especializar em Saúde da Família e compreender a lógica da AB, se converteu para incômoda.

De início foi disponibilizado um turno de atendimento individual para cada membro do NASF e, antes mesmo de abrirmos as agendas, me encaminharam dois casos urgentes com relatos de ideações suicidas e assédio sexual. Acolhi esses casos com foco em

estabelecer vínculo e atenuar riscos, e segui acompanhando eles clinicamente por um período. A primeira angústia que me deparei foi em saber se estava fazendo tudo que estava ao meu alcance para poder ajudá-los, especialmente porque era minha primeira experiência profissional após a graduação e até então eu não tinha uma referência da psicologia para me apoiar, como previa o Projeto Político Pedagógico (PPP) da residência. O que fazer diante desses casos, para além da psicoterapia? Deveria denunciar? Encaminhar? Aproximar-me da família para além da clínica? Basicamente me tornei a profissional de referência de ambos, e a equipe de cada um automaticamente se afastou dos casos. Várias reflexões surgiram sobre a dificuldade dos profissionais de saúde de se aproximarem de casos complexos, com destaque para os de saúde mental. Eram situações que lhes demandaria tempo, energia, dedicação, estudo teórico e a possibilidades de frustrações. Não havia diagnósticos fechados nem protocolos. O protocolo nesses casos está mais para um plano terapêutico singular (PTS) que vai ser elaborado a cada paciente e junto com eles. Acontece que a maioria dos profissionais ainda não estava familiarizado com esse instrumento, eu mesma só tinha um conhecimento teórico dele.

Realmente é desafiador atuar na saúde mental, mas seria um desafio ainda maior se eu me responsabilizasse sozinha por esses casos. Sei que em determinado momento me vi marcando atendimentos individuais com periodicidades quinzenais e reproduzindo um modelo que eu já criticava. Foi diante disso que comecei a compreender a importância da equipe multiprofissional, e me vi diante da necessidade de pedir apoio e corresponsabilização dos meus colegas e do corpo pedagógico, que foram pontos de apoio e segurança. Com o tempo as equipes mínimas foram se aproximando, e fui compartilhando os casos com o NASF, respeitando os sigilos necessários. Além disso, precisei buscar apoio no meu próprio processo terapêutico, e as sessões com minha psicóloga começaram a ser sobre os casos durante um período. Isso foi importante para me perceber nesse processo, como eu estava me sentindo e o porquê, e lidar com qualquer insegurança de início de carreira.

Deparamo-nos aí com as dificuldades encontradas nas formações das outras categorias. Por minha formação se voltar muito para e a saúde mental, entendendo-a como parte crucial para o cuidado em saúde, inclusive tendo experiências práticas durante a graduação, a minha expectativa era de que outras áreas da saúde também tivessem uma maior aproximação do que era na realidade. No entanto, enquanto alguns profissionais demonstraram interesse no tema, outros já expressaram forte resistência. O fato é que eles deixaram claro para mim uma questão: as formações da maioria das áreas de saúde não abordavam o tema de saúde mental de forma ampla, e isso acarretava numa insegurança das equipes.

Isso leva a compreensão errônea consciente ou inconsciente de que a responsabilidade por esses pacientes é apenas da psicologia. Essa dificuldade demanda não só de nós, mas do NASF enquanto equipe um investimento em matriciamentos, discussões em reuniões de equipe e movimentos de corresponsabilização. Essas são atuações que podem ser muito promissoras em equipes abertas a discutir e produzir novas formas de cuidado em conjunto, mas que podem ser extremamente complicadas no caso dos profissionais estarem mais fechados ou sobrecarregados. E sim, a palavra sobrecarga está sempre presente no SUS, em um sistema que tem seu nó crítico no subfinanciamento, e que alguns profissionais tentam fazer “das tripas coração” para dar conta de uma demanda que a estrutura não comporta, a educação permanente é frágil e que outra parte dos profissionais não está mais engajada a ir além do básico, seja por qual motivo for. Felizmente, o fato é que no contexto de Lauro de Freitas, onde assumi realmente o serviço no R1, este NASF cobria apenas uma USF com cinco equipes, portanto a relação com a maioria dos profissionais conseguia ser muito próxima, a presença nas reuniões eram garantidas e as discussões aprofundadas. Isso não significa dizer que não ocorriam conflitos, mas que havia espaço e tempo que possibilitavam a educação permanente constante. Portanto, Camaçari com duas USF e oito equipes foi um choque de realidade para mim, perceber que para além das dificuldades que eu já estava vivenciando, os outros NASF tinham ainda mais limitações para realizar seus trabalhos em mais territórios simultaneamente.

Outro fator que intensificava a pressão das equipes por acompanhamentos clínicos individuais na AB era a escassez deles na atenção secundária. Lauro de Freitas tinha apenas três psicólogas atendendo em ambulatório e só uma que atendia crianças e adolescentes. Em Camaçari, por sua vez, tínhamos apenas uma para adultos e uma para crianças, sendo que o encaminhamento para a primeira deveria ser feito via CAPS, estabelecendo assim uma barreira de acesso.

Comecei, a partir das discussões e rodas de núcleo, a perceber outras possibilidades de cuidado, que inclusive iriam contribuir para promoção de saúde mental, e que não necessariamente precisavam realizar um acompanhamento psicoterapêutico individual para a maioria dos casos que chegavam na AB. Mais do que isso, tive que perceber que a demanda era muito maior do que eu poderia dar conta sozinha, e compreender na prática o porquê de muita coisa que estudávamos na teoria: trabalho em equipe multiprofissional numa lógica transdisciplinar e inserido na RAS. Percebi que não poderia limitar a promoção da saúde a questões do meu núcleo, e que para isso a minha atuação também teria que ir além, precisava aprender mais sobre as outras profissões para que realmente o trabalho pudesse ser transdisciplinar. Assim fui aprendendo sobre os impactos de algumas questões

fisiológicas nas vidas dos usuários, sobre termos médicos e a dificuldade das equipes mínimas de seguir uma agenda mais enrijecida e ainda promover saúde, sobre práticas corporais e Práticas Integrativas Complementares (PICS), sobre artesanato e sobre como produzir ações sem verba, ou com verba própria, enfim, acho que trabalhei tanto com a nutrição, que durante o R2 todos achavam que eu era nutricionista. E foi assim que fui me tornando “nasfiana”.

Destaco o estudo teórico como enriquecedor, massão os insights a partir de reflexõesteórico-práticas, inseridosno contexto de trabalho, advindosde demandas do território e uma demanda minha como profissional, estes sim tem um papel transformador. Isso é que é educação permanente enquanto política pública. E fica o questionamento sobre como ocorre esse processo nos técnicos fora da residência e a expectativa que a qualificação profissional de todos transcorra nesse sentido.

## **5. APOIO MATRICIAL**

Entre as diversas formas de se produzir cuidado está o matriciamento. Ele é uma estratégia que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes, e criar, a partir da transdisciplinaridade, novas formas de cuidado. Isso ocorre através de atuações conjuntas de equipes e/ou profissionais em intervenções pedagógico-terapêuticas (BRASIL, 2014). Ou seja, consultas conjuntas, interconsultas, visitas domiciliares, educação permanente, discussões em reuniões de equipe, planejamento e execução conjunta de ações, atividades coletivas, programas de saúde na escola (PSE) e etc. Toda ação de cuidado que se faz em conjunto, com foco para além de promover saúde, também promover troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais, pode constituir um matriciamento. Cheguei compreendendo isso? Obviamente que não desta forma. Sim, é verdade que o conceito de apoio matricial tem origens na saúde mental, e portanto eu já havia estudado e reestudado isso. Mas é verdade também que enquanto NASF permanecemos reestudando matriciamento durante toda nossa atuação em serviço.

O fato é que por mais que a teoria vá além, a dinâmica do processo de trabalho dificulta que algumas ações sejam voltadas a um caráter matricial, e por isso durante algum tempo víamos como matriciamento apenas aqueles momentos de palestras expositivas com temas específicos. Novamente percebo que foi a compreensão do limite de cada núcleo e de cada profissional isoladamente que demonstrou a potencialidade deste instrumento. Em Lauro de Freitas, com um NASF sempre presente naquela USF, nós tendíamos a protagonizar as ações de saúde e atividades coletivas. Realizamos coisas surpreendentes: reativamos o Grupo de Caminhada e Práticas Corporais e o Feliz Idade (grupo de convivência), de modo a reaproximar os usuários da USF dos profissionais e da saúde;

realizamos ações territoriais, discussões de casos internas na equipe do NASF, ações de articulação de rede, visitando serviços da RAS e de outras redes de modo a estreitar o vínculos e a corresponsabilizá-los pelo cuidado, e entre outros. No entanto, em determinado momento percebemos que muitas das nossas ações estavam ocorrendo de forma isolada das equipes. As equipes não conheciam a rede, não estavam vivenciando as potencialidades das atividades coletivas ou contribuindo com elas, nem as discussões de casos que vínhamos tendo. Os núcleos estavam muito restritos às suas especificidades. O NASF estava perdendo oportunidades incríveis de realizar apoio matricial, seu papel central, e de aprender com as equipes mínimas compartilhando cuidados. Foi numa roda com uma apoiadora psicóloga com quem tive apenas esse encontro, que me deparei com essa percepção e que tive que desestruturar e reestruturar todo o meu modo de ver as coisas, foi angustiante, mas transformador. Não é que o matriciamento não ocorria, nas reuniões estávamos sempre presentes discutindo, algumas trocas ocorriam em momentos informais, além de visitas domiciliares, mas de fato demoramos de compreender como o trabalho é ampliado quando ocorre conjuntamente. Demoramos de entender que apoio matricial é o que produz transdisciplinaridade.

Começamos então a convidar as equipes mínimas e em alguns momentos convocá-los. Sim, encontramos algumas resistências, principalmente da gerente que ainda tinha uma compreensão muito biomédica da saúde; mas, ao mesmo tempo, encontramos também incríveis parceiros, pessoas incomodadas porque queriam realizar mais atividades relacionadas à promoção de saúde, e que se viam presas à clínica assistencial. Tenho que confessar que o campo de Lauro de Freitas era repleto de conflitos ideológicos e políticos. Em certos momentos era difícil e até adoecedor conviver com uma gestão da atenção básica que não era a favor da residência naquele lugar, mas foi nesse momento, nos meados do primeiro ano da residência, quando conhecíamos melhor os nossos colegas e compreendíamos melhor os princípios da AB e da saúde da família, foi aí que mais produzimos e aprendemos. Quando o trabalho começou a ser feito mais em conjunto. Penso que posso definir o apoio matricial como um agente transformador.

Quando cheguei a Camaçari foi um novo desafio, eram novos colegas de trabalho, um novo território, uma nova RAS, uma população diferente. Precisei de um tempo para conhecer a forma que eles vinham produzindo saúde e para criar novos vínculos, mas percebo que o aprendizado que tive na experiência anterior contribuiu para que eu não cometesse alguns erros e me sentisse mais segura em minha atuação. Infelizmente essa inserção se deu de forma mais fragmentada com o advento do segundo ano e suas novas configurações.

Vale a pena ressaltar que o matriciamento não é um instrumento exclusivo da AB, e no que se refere à saúde mental é papel crucial dos CAPS matricular a rede. Isso acontece em todo município? Não, mas eu tive esse privilégio nos dois em que atuei. Ficava ansiosa por esses momentos de trocas em que poderia focar na saúde mental e aprender com profissionais da área, mas percebia que pelo excesso de demandas e pelos serviços ainda terem um certo distanciamento, o preparo para esses encontros nem sempre eram bem articulados. Sempre eram pensados novos desenhos para o matriciamento, o que aumentou a minha percepção sobre as diversas configurações possíveis e a importância de adaptar isso às equipes em questão. Estavam ocorrendo diálogos e articulações na rede, mas esses laços ainda têm muito o que serem apertados. O matriciamento é um instrumento que não apenas nós residentes, mas também os técnicos ainda estão aprendendo a fazer, e que espero que a gente permaneça sempre aprendendo.

## **6. GRUPOS TERAPÊUTICOS**

A minha formação sempre me trouxe para perto de atividades coletivas, ou seria o meu desejo que me levava a fazer escolhas de vivenciar experiências desse tipo? Não sei, mas o fato é que na AB os grupos tomaram uma proporção muito além do que eu poderia imaginar. Na proposta da Saúde da Família as atividades coletivas deveriam ser construídas a partir de uma população específica e de um território determinado que formavam entre si uma comunidade com características próprias e com atores singulares. Atores sim, pessoas que tinham participação ativa nas atividades e que portanto exerciam sua autonomia diante de sua saúde. Destaca-se aqui também que eram grupos formados por pessoas com demandas de saúde mental, não só aquela saúde mental que remete à doença mental, mas aquela que remete a promoção de qualidade de vida e bem-estar, aquela que se produz nas relações. Além disso, eram grupos que davam força ao controle social. Confesso que foram os momentos mais prazerosos que tive nessa trajetória, aqueles em que participava não apenas conduzindo, mas me sentindo parte deles, me transformando com aquelas pessoas presentes, me emocionando. Trarei nesse capítulo os 3 grupos mais significativos para mim que vivenciei na AB, porque ao ser parte da estruturação deles, me envolver e me vincular àquelas pessoas, havia um sentimento de pertencimento e de desejo de fazer alguma diferença para aqueles usuários que era o motor para me fazer acordar tão cedo todos os dias e me deslocar para tão longe.

### **6.1. Grupo de Convivência: Feliz Idade**

O primeiro do qual me aproximei em Lauro de Freitas chama-se Feliz Idade, era um grupo de convivência com a prevalência de pessoas idosas e que já era conduzido pelos

residentes anteriores. Nos primeiros encontros que acompanhamos só estavam frequentando aproximadamente 2 a 3 usuários e com atividades semanais de Lian Gong. Tínhamos o privilégio de ter uma Prática Integrativa Complementar (PICS) inserida no serviço, mas a comunidade não vinha desfrutando dela, seja porque não conheciam, porque não era o que desejam, ou simplesmente porque a comunidade estava afastada daquela USF. Paramos primeiro para tentar compreender se aquele grupo ainda fazia sentido e decidimos que isso teria que ser respondido junto com a comunidade. Iniciamos então contato com os usuários que soubemos que costumavam frequentá-lo anteriormente, tentamos compreender a história daquele grupo, se havia desejo que ele continuasse, e que tipo de atividades eles tinham interesse. Alguns usuários nem sabiam que ainda ocorria, outros demandaram por atividades mais diversificadas, e outros só estavam desestimulados com a baixa frequência dos outros membros.

Foi um trabalho de formiguinha, ou melhor, foi um trabalho em equipe. Fizemos diversos movimentos para revitalizá-lo: planejamos atividades diversificadas e determinamos os responsáveis por elas, trabalhamos com os profissionais a importância de um grupo de convivência e como seria promissor a indicação deles aos usuários no sentido de promover saúde e prevenir doenças, divulgamos em salas de espera, através de cartazes, panfletos e através dos agentes comunitários de saúde (ACS), além disso, também incluímos uma programação nele para datas comemorativas. Foi aos poucos que os usuários começaram a se aproximar, e durante alguns encontros vazios ainda nos sentíamos desestimulados. Mas o Feliz Idade foi crescendo de novo, e lembro de profissionais tirando fotos (com devida autorização) nos primeiros dias em que enchemos o auditório. Era empolgante ver a comunidade junto com a gente e sentir que aquelas pessoas eram nossas parceiras muito mais do que meras pacientes. Foi-se construindo afeto ali.

Hoje percebo que o que estava faltando era vínculo, o vínculo com a USF estava enfraquecido e isso advinha inclusive de um enfraquecimento da relação da gestão com os profissionais e novamente das condições de trabalho que envolvem o subfinanciamento do SUS. Vemos questões políticas que vinham de cima afetando a ponta: os trabalhadores da saúde e a comunidade. Acredito que, até certo ponto, a nossa ignorância nos levou a fazer muito, o fato de ainda não compreendermos algumas relações complicadas e barreiras impostas, e de estarmos cheios de expectativas com a residência e com a AB, nos levou a ignorar certas coisas e produzir saúde.

## 6.2. Grupo de Saúde Mental: Bem Viver

O grupo que mais me mobilizou no primeiro ano da residência foi o Bem Viver. Este veio do meu grito num momento de sobrecarga, veio para promover saúde mental e garantir

a manutenção da minha saúde mental. Foi a partir do momento que o outro psicólogo residente tirou férias e que os novos casos que surgiam iam sendo encaminhados só para mim, assim como as demandas de apoio matricial, que me senti sobrecarregada. Percebi que para poder priorizar formas alternativas de cuidado mais voltadas para promoção, prevenção e para o dito apoio matricial, eu não poderia mais ficar marcando atendimentos clínicos individuais na AB para todo paciente que tivesse essa demanda. A minha angústia maior era o questionamento de que se eu não oferecesse esse tipo de cuidado, quem iria oferecer? A atenção especializada do município realmente daria conta de acolher esses casos? Que outras formas de cuidado terapêutico eu poderia oferecer a esses usuários, que não esta? De novo a falta me provocou a angústia necessária para buscar apoio para construir outras formas de cuidado e uma maior aproximação de outros pontos da rede de saúde (RAS).

Desde o início eu já me perguntava por que não existia um grupo terapêutico voltado para questões de saúde mental, se havia uma compreensão geral de que esta era uma demanda prevalente no território? Claro que algumas respostas já foram discutidas aqui: formações que não preparam os profissionais da saúde para lidar com saúde, profissionais que se sentem inseguros e não tem muito espaço para trabalhar isso através da educação permanente, sobrecarga de demandas assistenciais, uma ideia comum de que isso é responsabilidade da psicologia, e entre outros motivos. Mas para além de tudo isso, será que havia uma compreensão do lugar da AB na RAPS a ponto de despertar interesse dos profissionais e dos usuários em torno disso? Graças a Deus a resposta foi sim! Dialogando com o NASF e com a equipe SJTII que já havia discutido essa problemática anteriormente, encontrei parceiros, pessoas que realmente “vestiram a camisa” e se responsabilizaram, que mesmo com dúvidas e pouca experiência no assunto, estavam dispostos a tentar e trocar aprendizados. Meus olhos brilhavam, eu sentia falta de conduzir grupos terapêuticos e desejo de fazer mais por aquelas pessoas.

Iniciamos então o pré-projeto: ele seria um grupo terapêutico, no qual as pessoas trariam as suas angústias como um meio de “botar pra fora” e receber apoio, de formar vínculos e identificações, além de possibilitar a psicoeducação sobre questões de saúde mental. A idéia era que fosse aberto para toda comunidade, e que acontecesse num consultório fechado, destacando a importância do sigilo dos assuntos ali abordados. Os responsáveis seriam a equipe SJII e as (os) psicólogas (os) iriam se revezar para estar sempre uma (o) presente nos grupos, como meio de facilitar o manejo e o apoio matricial. O planejamento foi discutido também em matriciamento com os CAPS ad do município e Consultório de Rua, reunião de NASF e rodas de núcleo. Começamos um movimento de entrar em contato com os agentes de saúde, para que eles identificassem as pessoas do

território que tivessem perfil para o grupo, isto é, pessoas que estavam passando por um momento de sofrimento, ou que tivessem algum transtorno mental leve/comum, ou ainda pacientes com estrutura psicótica, mas que estavam estabilizados e não vinham freqüentando os CAPS. A partir daí marcamos visitas domiciliares para conhecê-los, estreitar vínculo e convidá-los a participar do grupo. Além disso, encaminhamentos para esta atividade também foram feitos pelos profissionais da unidade. Assim nascia o Bem Viver.

No primeiro dia só compareceram 3 usuários. Tínhamos feito uma programação de primeiro falar sobre o grupo, depois realizar uma dinâmica de apresentação, seguida de uma atividade de relaxamento e por fim, o médico tocava uma música. O primeiro dia deveria funcionar como um “quebra gelo” para início de vinculação. A dinâmica de apresentação, prevista como algo que seria breve, durou cerca de 1 hora. Estava clara a demanda de fala daqueles que estavam presentes e a dificuldade que tinham de encontrar um lugar para serem escutados e acolhidos. A música? Todos cantaram em conjunto e se tornou uma prática semanal do grupo. Reunimos com a equipe e discutimos sobre como pode ser difícil para algumas pessoas se proporem a trabalhar algumas questões emocionais, “mexer em algumas férias” e mostrar suas fraquezas para o outro. Mas diante da clara demanda do território e do saldo positivo com os presentes no dia, intensificamos o processo de busca ativa e divulgação do grupo.

O Bem Viver foi crescendo e aos poucos o número de participantes foi aumentando. De início percebia uma grande expectativa e responsabilização das (os) psicólogas (os) envolvidas, tanto no planejamento, quanto na coordenação, no entanto, a medida que os outros profissionais e os usuários iam se sentindo pertencentes, vinculados e mais familiarizados com as questões de saúde mental, a corresponsabilização ia acontecendo. Os usuários passaram a trazer temas, poemas, músicas, sugestões e conselhos, passaram a ser ativos. Percebemos com o tempo a importância da avaliação pós grupo junto a equipe, era o momento de realizarmos intervenções de matriciamento com os profissionais e perceber suas dificuldades em lidar com questões de sofrimento que apareciam. Sim, dificuldade de sustentar o choro do outro, sendo que aquele era o momento que o outro tinha para chorar. Dificuldade de não ter uma resposta pronta ou uma orientação/conselho para dar, o que apontava para aprender sobre construir estratégias junto ao paciente. Dificuldade, muitas vezes, de querer fazer mais por aquele outro, e ter que lidar com os limites da assistência. Como era interessante esse momento de troca, de perceber como o grupo vinha sensibilizando os profissionais em sua atuação e também a mim mesma, perceber a potencialidade do apoio matricial na vida real. Sentia-me cada vez mais NASFiana.

Eram os feedbacks positivos e espontâneos que começaram a aparecer que nos tranquilizavam de que estávamos no caminho certo, e com o tempo fomos percebendo mudanças nos usuários. Eles mesmos começaram a trazer outras pessoas e passaram a participar de outros grupos, enfim, passaram a ter uma relação muito mais próxima com sua saúde. As músicas finais despertavam choros, risadas, mãos dadas e cantorias mais exageradas. Em algumas sessões tivemos uma usuária que pode-se dizer que era movida pela música, e de uma acabávamos cantando várias. Fiquei grata quando escutei de uma usuária que ela estava tendo dificuldades de comparecer porque tinha se estruturado emocionalmente e profissionalmente e conseguido um novo trabalho. A gente estava promovendo saúde mental.

### 6.3. Horta Comunitária

Estando em Camaçari há pouco tempo, comecei a sentir o quanto não conhecer o território e não ter um vínculo com a população interferia na potencialidade do meu trabalho e no próprio sentimento de pertencimento. Sentia falta de me sentir parte da comunidade. Além disso, agora estávamos falando de dois territórios que pertenciam a cobertura daquele NASF. Foi diante disso que resolvi me aproximar de um projeto de Horta Comunitária iniciado por alguns colegas na USF Phoc CAIC. O projeto veio cheio de ideias, estudos e engajamento, no entanto faltava estrutura e apoio da gestão. Eu falei que tinha engajamento? Pois então fomos atrás de parcerias na rede, e logo encontramos na Creche Municipal do CAIC um forte ponto de apoio com interesse em aproximar mais toda a comunidade. Junto com a creche tentamos marcar duas reuniões com os usuários para apresentar o projeto, e foi na segunda que encontramos pessoas interessadas e que se responsabilizaram em comparecer semanalmente para fazer nascer a nossa horta. Além disso, conseguimos parceria também com outras secretarias e com uma empresa que se envolvia com projetos de comunidades. Foi a partir das doações de mudas, ferramentas, garrafas pets, pallets, baldes e outros materiais que demos o pontapé inicial. Foi com o trabalho conjunto, estudos, ideias e parcerias, isto é, através do vínculo que criamos com aquelas pessoas que conseguimos fazer isso crescer. Em mim havia certa insegurança, pois eu não tinha a menor experiência com o cuidado de plantas, e muito menos sobre fitoterapia. Percebi que precisava assumir isso diante do grupo, que estava ali para aprender com eles, mas também percebi que eu tinha experiências sobre vínculo, sobre controle social, sobre condução de atividades coletivas, e que tudo isso me ajudaria a me inserir e promover saúde.

A horta abriu a minha mente para um mundo novo de plantas, me levou a descobrir como é prazeroso sentar embaixo de uma árvore tomando um chá, e o quanto aquilo podia

ser terapêutico e unir as pessoas. Um dos objetivos mais fortes da horta era a aproximação da comunidade entre si e dela com a saúde de modo a fortalecer o controle social. Fizemos algumas discussões sobre isso e momentos de educação em saúde. E na primeira reunião de comunidade realizada nessa unidade, foram as usuárias que falaram sobre a nossa horta e sobre como era importante para elas. O meu período na residência se encerra com a compreensão que muito ainda tem que ser feito para que a horta alcance todo seu potencial terapêutico, de união da comunidade e promoção de controle social. Temos aproximadamente 6 usuários realmente engajados, uns mais que outros, e na nossa despedida destacamos a responsabilidade que não só a residência, mas acima de tudo, que eles tinham em promover aquele espaço. Copilamos ideias de como não deixar aquilo morrer, mas sim de como fazer a horta ganhar uma maior visibilidade e mais parceiros. É quando saímos que fica mais claro o quanto a autonomia do sujeito é importante em seu processo, eles levam um pouco de nós e deixam um pouco deles em nós, mas eles seguem, e o fortalecimento de uma USF depende especialmente desse pertencimento e empoderamento deles. Ou melhor, o fortalecimento do próprio SUS.

## **7. EXPERIÊNCIAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

A relação do ser humano com as drogas é das mais variadas possíveis, a depender do contexto e da época. A partir do século XX elas vem ocupando um espaço comercial e de regulação estatal, dividindo-se em lícitas e ilícitas, nas quais: as lícitas são incentivadas pelo capitalismo, e as ilícitas levam à um julgamento moral e ao comércio através do tráfico. O fato é que este momento levou a estruturação de um modelo proibicionista. No entanto, a "Guerra as Drogas" gerou muito mais a estigmatização destes usuários, dificultando sua inclusão social, tratamento e acesso aos serviços de saúde, do que o real cuidado ou redução do consumo. É nesse contexto que se estrutura a política de Redução de Danos a partir da década de 80. No Brasil, por sua vez, foi através da implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), que em 2003 ela se insere no SUS (GOMES, VECCHIA, 2018). Em minha experiência compreendi que a Redução de Danos se propõe a construir junto com os sujeitos, novas possibilidades de cuidado a partir de suas necessidades e escolhas. Sendo assim, os usuários são vistos como sujeitos de direito, autônomo e que podem escolher como vivenciar seus processos de cuidado e os meios de tornar esse uso menos danoso, optando pela abstinência ou não.

Repudia-se, assim, o abandono e a discriminação de pessoas que vivem problemas por fazerem uso de álcool e outras drogas, que passaram ou passam por fracassos quanto à impossibilidade de abstinência imediata, ou que ainda não se vêem em condições de aderir a um tratamento. Em suma, dá-se maior visibilidade ao usuário como sujeito de direitos, colocando-se

em discussão a responsabilidade individual e penal, a liberdade de escolha, o autocuidado, a diversificação das modalidades de atenção (pluralização terapêutica) etc. como elementos fundamentais da conquista de direitos humanos e de cidadania (GOMES, VECCHIA, 2018).

Ao compreender a política de redução de danos se torna evidente que a AB faz isso todos os dias e com os mais diversos usuários. No entanto, no que se refere mais diretamente à atuação junto aos usuários de álcool e outras drogas na coletividade, promovendo saúde e prevenindo agravos com este ideal em mente, destaco aqui duas grandes experiências: o Baba da Saúde, em Lauro de Freitas, e o Grupo de Saúde do Homem, em Camaçari.

O que dá mais sentido a esses dois trabalhos é que eles surgem do território para a USF, isto é, a partir da identificação e vinculação dos profissionais de grupos de pessoas que se reuniam em praças para conversar e fazer o uso de substâncias psicoativas, é que se começou a pensar como a saúde poderia ajudá-los. Primeiramente estava claro que aquele local tinha se tornado significativo em suas vidas, muitos tinham problemas familiares e encontraram ali amigos; outros não se sentiam bem vindos em alguns ambientes e ali podiam se expressar como queriam, com ou sem o uso das substâncias. E é claro que como todo lugar e grupo, havia pessoas diferentes que se desentendiam também naquele ambiente, mas o fato é que a maioria continuava voltando. Era ali, no território, no que muitas pessoas chamam de “sindicatos” que as nossas atuações poderiam talvez encontrar espaço e se tornarem significativas para eles.

### 7.1. “Baba da Saúde”

Em Lauro de Freitas a praça em que esses usuários se reuniam ficava no caminho para o ponto de ônibus para o qual os profissionais costumavam se dirigir, então o contato era cotidiano. Fizemos uma primeira ação de saúde com alguns procedimentos básicos, roda de conversas e jogos, para fortalecer essa vinculação. Aos poucos as pessoas que não costumavam frequentar a USF passaram a aparecer lá cotidianamente, seja porque tinham bebido muito e não estavam se sentindo bem, porque tinham consumido substâncias psicoativas por longos períodos, não tinham se alimentado e tiveram uma alteração brusca na pressão, ou apenas porque queriam nos ver e “jogar conversa fora”. Um deles, eu passei a atender sempre que aparecia, e logo podemos trabalhar suas questões de luto e culpa, e como elas estavam diretamente associadas ao uso abusivo do álcool. Tudo isso acabou afetando sua autoestima a ponto de sempre falar de si como quem fala de um animal. Poder trazer isso para o consultório e para as conversas nas ruas foi essencial para que ele pudesse ressignificar seu sofrimento e a imagem que tinha de si. Parou de beber? Pelo

menos não enquanto tive a oportunidade de acompanhá-lo, mas tenho certeza que nossas conversas e o trabalho da equipe com ele atenuou seu sofrimento. Outro usuário, por sua vez, quando aparecia acabava promovendo algumas rodas de música, eram momentos alegres e que volta e meia ele se abria conosco um pouco mais. Acabou passando a participar de outros grupos da USF, estava ativo na nossa reunião de comunidade, e foi quem trouxe a ideia, junto com o professor de educação física do NASF, de realizar o “Baba da Saúde”, um jogo de futebol que integrasse os usuários e os profissionais da unidade.

Ao lado da USF existia um campo de futebol estigmatizado por ser um lugar de uso de drogas, e este mesmo professor já tinha o desejo de ressignificar aquele espaço. Juntos começaram a encontrar parceiros na unidade e estruturamos um jogo de futebol, com café da manhã e roda de conversa sobre redução de danos e a importância de uma alimentação mais saudável. Sim, realizamos um café da manhã, e vale destacar que muitos dos alimentos foram doados por comércios da própria comunidade. Unimos nossas forças e forças da rede, pois tivemos a presença também de profissionais do CAPS ad e do Consultório de Rua do município.

Antes da programação do segundo “Baba”, sentamos para avaliar o primeiro, e percebemos como era importante não apenas convidar os outros serviços, mas planejar a atividade em conjunto com eles e com os próprios usuários, para que os objetivos e diálogos estivessem mais paralelos. Discutimos também sobre o potencial daquele espaço e a importância de compreendê-lo como um espaço de lazer, e lazer é saúde, compreensão que nem todos na unidade tinham, mas que passou a ser dialogada. No segundo evento fomos surpreendidos pelos usuários pois eles mesmos haviam buscado doação de alimentos para ajudar a organizar o nosso café da manhã. Apareceram mais pessoas e novamente estavam usuários e alguns profissionais jogando futebol na lama. É, nesse dia choveu, mas ainda assim a partida aconteceu, eu admito que fiquei surpresa.

Dificuldades nós tivemos: convencer alguns profissionais a jogar, discutir sobre porque seria um jogo só com os homens, pois os usuários sentiam falta justamente daqueles babas masculinos de quando eram mais jovens, muitos diálogos sobre porque jogar futebol com eles na hora do trabalho era importante e sobre o que era redução de danos. O fato é que aconteceu e pude aprender muito com essa experiência. Admito que esse projeto foi me cativando aos poucos, no início achei interessante, mas fiquei mais como apoio. Foi a medida que fui me aproximando dos usuários, dos planejamentos e da noção de lazer na saúde, que comecei a me inserir de cabeça. Desejava intensamente vivenciar a redução de danos da prática e não sabia como, pois foi nessa experiência que entendi o que já ouvi de muitos profissionais: "são os usuários que vão te dizer como fazer redução de danos, precisamos perguntar a eles e construir com eles".

## 7.2. Grupo de Saúde do Homem

Quando cheguei a Camaçari fiquei animada com o fato de que lá também havia um grupo voltado para trabalhar com redução de danos no território. Diante da minha primeira experiência, cheguei no planejamento da atividade que ocorreria naquele mês com outro olhar, percebendo que eu podia fazer mais, no entanto existiam dificultadores. Primeiro eu ainda não tinha vínculo com aqueles usuários, não havia acompanhado as atividades da USF desde o início, e como a praça era mais recuada, o contato com eles não era tão constante, mas apenas uma vez por mês. Acabei sugerindo que a programação da atividade fosse ainda sobre vinculação através da música, pois não me sentia a vontade de fazer nada além ainda, e a equipe topou. Foi um dia divertido, com um tal de um cantor que não podia ver um microfone que colocava-se a cantar, nas músicas mais conhecidas formávamos um coral desafinado e espontâneo. Percebi então que a equipe já tinha sim um espaço naquele grupo, eu que era nova.

Tendo em vista o avanço desse trabalho, desenvolvemos algumas estratégias. Foi planejada um outro momento no qual deveríamos cada um se aproximar mais individualmente dos usuários e escutar suas histórias, registrar seus dados e ter compilada uma espécie de mini prontuário do grupo de saúde do homem, para assim podermos pensar ações também individuais, no caso a caso. Infelizmente essa ideia não fluiu, algumas atividades coletivas acontecem melhor no coletivo mesmo. Estávamos aprendendo a fazer redução de danos, portanto convidamos então uma psicóloga do CAPS ad, com muita experiência no assunto, para ir conosco a um dos encontros. Foi um dia em que todos fomos matriciados, o grupo de usuários estava grande, o sol estava muito forte e o espaço não era favorável a nos concentrarmos na fala de poucas pessoas. Mas ela conseguiu, falou de álcool, craque, drogas em geral, de autocuidado, do SUS e, acima de tudo, escutou. Todos escutamos! Eu não tinha como ter a real noção dos efeitos que aqueles encontros vinham tendo na vida de cada um daqueles usuários, até porque tive pouco tempo para me aproximar deles antes de entrar na nova rotina de R2, mas não tinha dúvidas de que eram momentos terapêuticos e de cuidado, momentos em que aquelas pessoas em sofrimento eram ouvidas como sujeito. Ficou claro para mim também que cada experiência de redução de danos ocorreria de formas completamente diferentes, e isso vai depender dos sujeitos envolvidos (profissionais e usuários), de seus contextos e demandas. Sei o quanto essas experiências contribuíram para meu crescimento como profissional, mas também sei que ainda há um longo caminho de aprendizados que preciso trilhar neste campo.

## 8. ESTÁGIO ELETIVO EM SAÚDE MENTAL

O trabalho no NASF abre sua mente para além das questões de núcleo, você aprende muito sobre outras profissões, equipe multiprofissional e o cuidado integral e territorializado. Porém de certa forma você também se afasta um pouco das discussões, neste caso, da psicologia em si. A não ser pelos apoiadores que estão presentes poucos dias na semana e nas rodas de núcleo do período de R1, no cotidiano as psicólogas (os) residentes são vistas (os) como aquelas (os) que mais sabem de saúde mental na unidade, aquelas (os) que promovem os matriciamentos e abordagens deste assunto. Comecei a sentir falta de me aprofundar mais nos conhecimentos de núcleo; após o fim do grupo Bem Viver e nossa mudança para Camaçari, senti falta de vivenciar grupos voltados ao cuidado em saúde mental; passei para o R2 e senti falta até de ter um apoiador para discutir psicologia. O eletivo foi então o modo que vi de novamente apertar meus laços com a saúde mental, me aprofundar nos conhecimentos e vivenciar novas experiências em um novo país, com outra estrutura de saúde pública. Ao mesmo tempo, foi também a oportunidade de viver um sonho pessoal de ter uma experiência internacional. Lisboa parecia uma experiência cultural deslumbrante, associada a facilidade da língua e a aceitação do estágio por um centro hospitalar composto de diversos serviços de saúde mental e com abordagens variadas.

Cheguei naquela cidade cheia de inseguranças, nunca tinha me afastado tanto dos meus familiares e amigos e por tanto tempo, tudo me era desconhecido, mas além de insegura, eu estava também curiosa e cheia de expectativas. Fui morar em uma casa com muitos brasileiros e alguns europeus que me receberam de braços abertos e me ajudaram e ficar mais a vontade, eles me explicaram coisas básicas da vida cotidiana em Lisboa e os passeios turísticos mais interessantes. Estava fazendo novos amigos. A rotina era agradável, transportes públicos que te levavam pra toda a cidade em poucos minutos, segurança pública, o trabalho não começava tão cedo e os dias eram super longos e dava tempo de resolver tudo que precisasse, anoitecia as 21h enfim. Fui percebendo o quanto a qualidade de vida tem impacto na disposição no trabalho e vice e versa, imaginava o quanto o SUS, que já é lindo no papel, teria de potencial se recebesse financiamento adequado e se seus profissionais tivessem melhores condições de trabalho e qualidade de vida.

Sobre o meu local de estágio: O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) foi estruturado a partir da integração de dois grandes hospitais psiquiátricos de Lisboa, o Júlio de Matos e o Miguel Bombarda, lugares com histórico parecidos com o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, no Brasil (ARBEX, 2013). A união e reestruturação desses dois veio dar uma nova face à Saúde Mental a partir da implantação de ideais da Reforma Psiquiátrica no País (MARQUES, 1974). Enquanto no Brasil a Reforma Psiquiátrica se iniciou mais tardiamente,

em 1970, Portugal já vinha vivenciando mudanças dos princípios dos cuidados psiquiátricos desde 1963, com a Lei de Saúde Mental nº. 2118, ampliando o cuidado para ações de profilaxia, terapêuticas e de recuperação (PORTUGAL, 1963). Em ambos os contextos ascendiam críticas ao modelo hospitalocêntrico, e as mudanças visavam um cuidado mais humanizado e pautado na inserção do sujeito em suas comunidades. Previam também um maior enfoque nos cuidados da atenção primária, sendo a Estratégia de Saúde na Família (ESF) no Brasil e os Centros de Saúde em Portugal, e na atenção especializada dos Centros de Saúde Mental em Portugal e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. No entanto, a diferença mais marcante entre esses dois países está no fato que este último trazia a ideia da desospitalização progressiva como central, enquanto o outro prevê a diminuição e não a extinção dos hospitais (FILHO et al., 2015). É portanto neste contexto que se insere o CHPL, um centro composto de diversos serviços e clínicas, com atividades ambulatoriais, grupais, artísticas, hospitais dias, residências terapêuticas, internamentos psiquiátricos para períodos de crises, área forense, pontos de intervenções comunitárias, acompanhamentos a pessoas sem abrigo e etc.

Tive a oportunidade de rodar por diversos desses serviços, alguns apenas para conhecer o funcionamento e ter algumas vivências, como por exemplo: o Serviço de Psiquiatria Geriátrica, Serviço de Psiquiatria Forense e Estruturas Comunitárias. Outros, no entanto, consegui acompanhar de forma mais próxima durante os meses do estágio: a Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoólica e Outras Dependências (UTRA), com seus grupos de intervenção precoce, pós alta, patologia dual, de mulheres, consultas coletivas e grupo voltados a redução de risco tabágico e reuniões multiprofissionais; o Serviço de Psicologia e Psicoterapias, mais especificamente nos grupos de gestão da ansiedade *estresse*, o de dor Crônica e o de dependência e co-dependência emocional; além do grupo Teatro Terapêutico.

Os pacientes normalmente são encaminhados para o CHPL pelo médico de família dos Centros de Saúde (Atenção Primária à Saúde que equivale a AB), ou por outros profissionais do próprio CHPL. Isso demonstra o papel central que a atenção primária à saúde (APS) exerce na rede, um papel articulador do cuidado e que exige que o acompanhamento pelo médico de família esteja sempre sendo retomado. No entanto, essa imagem parece estar centrada especialmente na figura do médico, sendo que outros profissionais não tem essa autonomia de ser referência no cuidado dos pacientes, e eles não contam com o apoio de um NASF, restringindo a APS apenas às equipes mínimas. Isso nos remete a reflexões de uma realidade comum entre Brasil e Portugal, o enraizamento do poder biomédico dentro da sociedade e a dificuldade de transpassar esses limites para um trabalho multiprofissional. Como foi interessante poder dialogar sobre isso com os

profissionais portugueses, percebi que mesmo com toda aquela estrutura e equipe, algumas dificuldades eram comuns às nossas, assim como a vontade de poder fazer mais pelos pacientes.

A questão da estrutura também é algo que salta aos olhos, em Lisboa encontrei um serviço público com financiamento, insumos, recursos humanos, tecnologia e estrutura física ampla que demonstra um real investimento em qualificar os serviços de saúde. Isso denuncia o subfinanciamento do SUS como o nó crítico de um sistema de saúde organizado a partir de interesses políticos e capitalistas. Conversando com outras psicólogas (os) percebo que diante da área de cobertura do CHPL, o número de profissionais deveria ser ainda maior, que isso potencializaria ainda mais o trabalho deles e possibilitaria mais tempo para discussões e trabalho em equipe, mas nada disso era comparável a nossa realidade em que algumas profissões são raridades na rede. Me deu uma vontade enorme de enfiar o nosso SUS em estruturas como aquelas, e poder dar condições para ele ser tudo que é capaz, com certeza o financiamento adequado daria uma outra vida a milhões de pessoas, e perceber isso é angustiante.

Outra diferença marcante é o fato de que os serviços em Portugal costumam fazer uso de algumas avaliações psicológicas de acordo com suas especificidades, coisa que pouco ocorre no Brasil, e que claramente não ocorre na AB. São elas os testes psicológicos e cognitivos, questionários, escalas e entrevistas, todos realizados no início e no final do acompanhamento para que se possa perceber a evolução dos casos. Compreendo que existe um subjetivo de importância imensurável, questões que a psicologia e a saúde mental de uma forma geral não tem como mostrar em números, e que muitas vezes nem as palavras descrevem. Mas também existe hoje uma dinâmica da contemporaneidade em relação a valorizar resultados comprobatórios, há uma importância de se perceber evoluções dos acompanhamentos de uma forma mais objetiva, assim como de avaliar questões do desenvolvimento das pessoas e de patologias. Tudo isso tem um valor que conquista espaço para a saúde mental diante da sociedade, espaço para esse cuidado que sempre foi tão estigmatizado. Penso que introduzir essas avaliações na nossa prática pode contribuir para estarmos sempre reavaliando nossas condutas, para dar visibilidade a nosso trabalho, dialogar melhor com outras profissões as quais o subjetivo não chega tão facilmente, e para termos mais instrumentos que defendam a nossa ameaçada Reforma Psiquiátrica.

Algo que me foi inesperado foi notar que é comum em Portugal se referirem às pessoas que utilizam esses serviços, as que o SUS costuma chamar de usuários do sistema, e que a psicologia no Brasil se refere como pacientes ou clientes, muitas vezes são nomeados nesse contexto como “os doentes”. Obviamente que elege a nomenclatura ideal

renderia uma discussão interminável, mas deixo aqui a reflexão se a palavra “doentes” não dá um foco principal na questão muito mais do adoecimento do que da saúde, e acaba por ser um tanto quanto reducionista, quando na verdade estamos procurando lidar sujeitos que são muito mais do que suas doenças.

## 8.1. Atividades Acompanhadas no Estágio Eletivo

### 8.1.1. Grupos do Serviço de Psicologia e Psicoterapias

No que se refere aos grupos terapêuticos do Serviço de Psicologia e Psicoterapias, percebe-se que não só o tema e a atuação dos profissionais tornavam o andamento do grupo muito singular, mas principalmente os perfis dos pacientes. O de Gestão da Ansiedade e Stress, por exemplo, no primeiro dia ninguém se conhecia, e havia um clima tenso no ambiente, algumas pessoas falaram que estavam com medo de ter uma crise de ansiedade ali e que por isso sentaram próximos a porta. As dinâmicas de cada sessão eram mais estruturadas e elas incentivavam os participantes a falar. Aos poucos as pessoas foram se identificando e se vinculando entre si, começaram a compreender melhor seus processos de adoecimento, seus gatilhos e a construir estratégias de enfrentamento. Cada um evoluiu em seu processo em seu próprio tempo, alguns com recaídas, outros percebendo que aquilo tinha a ver com sentimentos e vivências do passado que foram reprimidas, mas que de algum jeito ainda estavam ali em forma de sintomas. Foi muito enriquecedor no sentido de perceber a minha própria ansiedade e em aprender novos métodos de trabalho. Além disso, o aprendizado e amadurecimento profissional obtidos através da convivência com os pacientes, esses não têm palavras que descrevam.

Outro grupo completamente diferente era o de Dor Crônica, ele era composto exclusivamente por mulheres, mulheres que vinham vivenciando contextos tão complexos e violentos em suas vidas que a questão da dor crônica ficava mais como pano de fundo. Suas dores e limitações pareciam afetar diretamente sua segurança e auto-estima, e portanto tinham dificuldade de se defender. Elas estavam ali a procura de terem seus sofrimentos acolhidos e de se fortalecerem diante do enfrentamento da vida. Mulheres que se sobrecarregavam nas responsabilidades e que, muitas vezes, colocavam o cuidar do outro acima do seu próprio, até o ponto disso afetar sua saúde mental, o que obviamente também interfere na física. Sim, o aparecimento do diagnóstico de uma doença auto-imune, ou a própria presença da dor sem um diagnóstico preciso, foi um fator limitante para elas. Não porque as impedia de viver, mas porque lhes exigia que se adaptassem a uma nova realidade, e essa adaptação não é fácil. Penso que o mais forte desse grupo é a percepção da integralidade dos sujeitos, de que as suas dificuldades diante da vida vão muito além da dor física propriamente dita, e que essa dor também traz dificuldades que vão para muito

além das limitações físicas. Como é um grupo que já ocorria há um tempo, algumas das participantes tinham mudado sua percepção diante da vida, tornando-se mais ativas, aprendendo a se defender e impondo seus limites aos outros. Isso não é alcançado a partir da percepção delas como coitadas ou alimentando algum processo de vitimização. Primeiramente é preciso vê-las como sujeitos com autonomia diante do seu processo, sujeitos que entraram num ciclo vicioso de repetição de comportamentos que lhes colocam num lugar de sofrimento, justamente pelas suas auto-percepções como pessoas inferiores. Mas esses comportamentos precisam ser confrontados com limites, limites que tragam mudanças de percepção, mudanças dos lugares que ocupam diante de suas vidas. É importante ajudá-las a perceberem seus conteúdos inconscientes, tomando consciência da sua responsabilização diante de suas vidas. Não é uma tarefa fácil, mas o interessante é perceber a singularidade nos processos de casa uma.

Por fim o Grupo Dependência e Co-dependência Emocional era formado por pessoas que já se conheciam há mais de um ano e que tinham criado entre si uma relação de amizade. A psicóloga que conduzia tinha uma visão da importância de se trabalhar com questões inconscientes e energéticas. Dessa forma o grupo que começava com uma euforia do encontro de amigos e alguns relatos de sentimentos e vivências, normalmente se encaminhava para momentos reflexivos e de redescobertas sobre si e sobre as relações que estabelece com o mundo. Acho que posso dizer que era um grupo de fortes emoções.

Perceber que os meus aprendizados em psicologia não estavam muito distantes da atuação dos profissionais dali foi um tanto quanto reconfortante, assim como aprender com aquelas profissionais e aquelas pacientes era estimulante. Eu escrevia quase todos os dias no meu relatório de estágio, talvez numa tentativa de guardar cada experiência e refletir sobre elas.

#### 8.1.2. Atividades da UTRA

As atividades são planejadas desde o acompanhamento precoce dos casos, de forma individual ou grupal até o internamento breve para desintoxicação e o planejamento pós alta, podendo isso incluir área dia, atendimentos ambulatoriais, grupos ou encaminhamento para outras instituições. As atividades que mais me instigaram foi o grupo de mulheres e o de redução do risco tabágico.

Sobre o grupo de mulheres, por sua vez, é um grupo menor, com aproximadamente 5 mulheres, mas bem vinculadas e que se apoiam em seus processos pessoais dentro da UTRA. Algumas fazem parte da Área Dia do serviço, outras não, mas o fato é que neste grupo ocorre uma psicoterapia grupal. Obviamente que me identificava com muitas das questões abordadas, e ficava claro que o uso abusivo do álcool era apenas uma

consequência ou uma estratégia de tentar lidar com todo aquele sofrimento que tinham vivenciado. Uma estratégia que acabava por lhes trazer ainda mais sofrimento. Elas tinham criado uma amizade, inclusive para além do grupo, e isso me lembrou o porque o trabalho em grupos na atenção básica me atrai tanto, porque neles estabelecemos vínculos reais.

O grupo de redução do risco tabágico por sua vez, era uma experiência que eu já tinha tido vivência similar em um grupo de tabagismo na graduação, e isso fez com que eu me sentisse mais segura para atuar como profissional. A abertura dos outros profissionais, dos pacientes e minha participação semanal nele também contribuíram para isso, mas o fato é que nesse grupo pude ver alguns pacientes começarem a se sentir melhor consigo mesmo, outros pararam de fumar e além disso, recebi feedbacks que foram gratificantes.

### 8.1.3. Grupo de Teatro Terapêutico

Claramente esse grupo demonstra que para cuidar da saúde mental, não necessariamente precisaremos sempre abordar os sofrimentos e questões psíquicas nos grupos, mas muitas vezes podemos promover saúde a partir daquilo que traz o sujeito e que lhe dá um outro lugar na sociedade. Eu estava ali não diante de doentes mentais, independente de que condições os levou ao CHPL, eu estava diante de atores. Atores que ensaiavam lado a lado há alguns anos e que volta e meia se apresentavam pela cidade de Lisboa. Tínhamos o apoio de uma terapeuta corporal que nos fazia transformar nossos corpos em penas, era essa a sensação, de leveza, seja através uma dança, de movimentos, relaxamentos ou sons. Descobri novas formas de como trabalhar com o corpo pode ser terapêutico. Pude acompanhar os ensaios e a estréia do grupo em um evento de Arte e Terapia promovido por eles. A abertura do evento era uma entrevista com profissionais da saúde mental que aos poucos o público ia percebendo que na verdade se tratava de uma dramatização encenada pelos próprios usuários. Na cena eles traziam uma crítica à algumas atuações profissionais da saúde mental através de uma sátira. Penso o quanto é interessante para profissionais e usuários se verem nessas perspectivas e repensarem seu modo de agir, pensarem também sobre o lugar do outro e o empoderamento dos pacientes para falar de seus próprios processos e do que desejam para suas vidas.

## 9. ESTÁGIO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Neste estágio nós vivenciamos experiências em quatro tipos de CAPS, o infanto-juvenil, o de álcool e outras drogas, e o CAPS II que posteriormente foi ampliado se tornando CAPSIII. Nossa carga horária prática era dividida entre eles e as USF's. A minha expectativa com esse estágio era grande desde o início, devido minha paixão pela saúde mental e desejo de conhecer melhor o processo de trabalho nos CAPS, mas o fato de estar

em tantos serviços e projetos ao mesmo tempo dificultou que eu pudesse me sentir pertencente a esses serviços, que me aproximasse mais dos casos, dos processos de trabalho e das equipes. Ainda assim posso dizer que, no que diz respeito às atividades que acompanhei e usuários que me aproximei, pude realizar trocas incríveis e continuar meu mergulho na área.

Uma das atividades onde mais essa troca ocorreu foi no acolhimento de adolescentes no CAPSi. Primeiramente porque a equipe desse serviço é de uma potencialidade sem igual, pelas discussões e construções conjuntas, pela abertura e dedicação. Segundo porque o acolhimento me possibilitava dialogar com quatro dessas profissionais, pessoas de áreas e personalidades diferentes, que me traziam diferentes perspectivas e me ajudavam a compreender melhor o que se queria dizer com “perfil de sofrimento mental severo ou grave”, e o porquê o CAPS às vezes não admitia alguns pacientes que nós da AB encaminhávamos. Pude também compreender melhor os pontos da RAS de Camaçari com os quais eles compartilhavam esse cuidado, assim como pude contribuir com algumas noções das potencialidades da AB que elas ainda não percebiam. Os serviços ainda tem a cultura de trabalharem mais isolados, e não tem a noção do que é vivenciar os outros pontos da RAS, porém elas estavam sempre tentando ultrapassar isso. Através da minha experiência na AB consegui trazer um pouco da perspectiva de lá nas discussões, e trazer ideias de promoção de um cuidado mais compartilhado.

O grupo psicoterapêutico de adolescentes também me foi de grande crescimento. Percebi que eu tinha a tendência de esperar deles algumas reações que vejo ao atender os adultos, e que na verdade a abordagem é completamente diferente. Fui aprendendo a falar a língua deles, aprendi que alguns manejos tinham que ser adaptados e que os tempos deles de elaborarem seus sofrimentos e se perceberem em seus processos de adoecimento são bem diferentes. O vínculo que construíam entre si através do grupo era um dos pontos mais potentes no acompanhamento deles no serviço. Jovens que em muitos momentos se sentiam desamparados, estavam conseguindo se abrir e criar laços de amizade entre si. Aqueles encontros eram deles, eles mesmos faziam as intervenções, traziam exemplos próprios para aconselhar o outro e músicas para tenta descrever suas emoções. O condutor era psicólogo, psicanalista e musicoterapeuta, e costumávamos ter um momento após o grupo para conversar algumas questões, aquele momento era pedagógico e de troca, isto é, era o próprio matriciamento.

No CAPSad acompanhei principalmente os grupos de Redução de Danos e Cidadania. É claro que a dependência química não escolhe raça, cor, gênero, escolaridade ou classe social, mas as pessoas que acessam o CAPSad têm tudo isso: eram na sua maioria homens, negros, de baixa escolaridade e renda. Nos outros CAPS isso se repete,

com e exceção da questão do gênero que é mais mista. Pessoas que foram estigmatizadas, que muitas vezes se envolvem em conflitos familiares, e que dificilmente tem seu adoecimento psíquico compreendido pela sociedade como tal. Alguns vivem ou já viveram períodos de suas vidas nas ruas e que muitas vezes encontram nos sindicatos pessoas que passaram por situações parecidas, que os entendem ou não, que os julgam ou não. Essa é uma leitura que não pode passar batida aos olhos dos profissionais na hora de planejar o cuidado junto com esses usuários, e é a partir disso que vi esses grupos sendo planejados e executados.

No CAPS ad esses usuários encontram um novo lugar de cuidado, um lugar para terem atividades de lazer há muito tempo esquecidas, para discutirem questões sociais e conhecerem seus direitos, coisas que muitos nunca tiveram espaço. É um lugar para se vincularem, comerem, cantarem e começarem a construir novas possibilidades em suas vidas. O Boteco do CAPS, que acontecia uma vez por mês, era um desses espaços de promover saúde e vínculos através do lazer. Ele surgiu a partir da demanda dos usuários de vivenciarem os prazeres que tinham em um boteco, como a comida, a música, o dominó e as conversas; em um ambiente protegido e sem estarem fazendo o uso de substâncias psicoativas. Era prazeroso também pra mim e para os demais profissionais, poder dançar e dar risada. Eu sentia que naquele momento as relações eram as mais horizontais possíveis, pois era um espaço construído pelos próprios usuários. Outra atividade que construímos junto aos técnicos, foi o de levar o grupo de Redução de Danos para o território toda última quinta feira do mês. Nesse dia realizávamos brincadeiras da infância, práticas corporais, jogos e discussões. A comunidade passava olhando interessada e achando graça, moradores já pediram para participar junto, e os usuários estavam ali ocupando os espaços. O que pode ser melhor do que isso para começar a romper os estigmas e promover reinserção social desses sujeitos? Penso que se eles levarem essas experiências para suas vidas, estaremos todos juntos fazendo a diferença.

A questão da redução de danos é uma construção que vem sendo feita nesse serviço junto com os usuários, alguns compreendem mais e outros menos, a ideia da abstinência reina na cabeça de alguns usuários e profissionais como majoritária, mas aos poucos eles estão construindo novas formas de se fazer o cuidar naquela comunidade. E os usuários protagonizam! Sim, eles são muito ativos e as salas de grupos estão sempre muito cheias, isso faz os olhos da psicóloga aqui brilharem. Cheguei com curiosidade de aprender mais sobre redução de danos na prática, pois estudos teóricos não me esclareciam o suficiente, sai descobrindo que fazemos redução de danos todos os dias na AB, e que podemos fazer também em nossas vidas para além do trabalho.

O CAPS II/III por sua vez foi um cenário mais complicado, primeiro porque chegamos depois, então tivemos menos tempo inicial de aproximação das atividades e da equipe. Segundo, porque a equipe que inicialmente era mais fechada para nossa participação, depois nos cobrou por coisas que não sentimos abertura para realizar. Minha referência era um usuário, e isso talvez seja o que mais me encantou nas vivências lá. Este usuário era quem me aproximava dos outros, quem me passava o que estava acontecendo neste CAPS, que promovia algumas das atividades e foi ele quem me apresentou o novo serviço após a ampliação. Mais do que isso, este usuário era da USF Phoc CAIC, a unidade que eu enquanto NASF 1 ainda era responsável de apoiar, e por isso ele conseguia usufruir do cuidado de ambos os serviços. O Grupo Expressarte me foi muito terapêutico, mais uma vez reafirmei como me sinto bem em atividades que trabalham com o corpo, e que as técnicas usadas são as mais variadas possíveis, tudo depende da criatividade. Penso o quanto uma USF poderia se beneficiar de uma atividade desse tipo, com usuários e profissionais desfrutando juntos.

Certo dia vivenciei uma experiência que me foi muito mobilizadora, e apesar de ter sido vivenciada no CAPS ad, ela me trouxe reflexões sobre todos os CAPS e todo processo de cuidado em Saúde Mental. Cheguei atrasada ao grupo de Redução de Danos nesse dia, e de cara já escutei a psicóloga anunciando que o serviço iria ser fechado e que eles deveriam escrever no papel quais eram as suas emoções diante da notícia. Alguns usuários ficaram paralisados, outros meio revoltados. Eu? Estava com os olhos cheios de lágrimas, olhando para os usuários com quem eu tinha criado um vínculo maior, imaginando como seriam suas vidas a partir daí, e me perguntando o que o país estava fazendo com a nossa Reforma Psiquiátrica. Foi um misto de emoções. Foi quando olhei para um usuário de álcool que é transexual, e o vi chorando, que as minhas lágrimas não se seguraram. Ele falou sobre como já foi rejeitado até por um psicólogo da igreja, e como o CAPS ad tinha sido o único lugar que o tinha acolhido. As pessoas estavam ainda elaborando o luto daquela perda, revoltados com o governo e com vontade de lutar, sentindo-se desamparados e preocupados inclusive com os profissionais que ficariam desempregados. Em certo momento uma técnica me cutucou e disse "isso faz parte da dinâmica". Era pra eu me sentir aliviada, mas na semana anterior eu soube que o CAPS ad Gregório de Matos, localizado no pelourinho em Salvador, e referência em todo estado, havia fechado e estava funcionando apenas como ambulatório. Então mesmo assim eu continuei preocupada, pensando sobre como isso realmente poderia vir a ser uma realidade no futuro, em como a nossa luta estava desarticulada e que eu precisava me envolver mais nela. Preocupada com o momento atual do país como um todo.

Foi ai que um usuário que já está bem avançado no seu processo de cuidado, levantou-se e disse "Gente, a gente não pode ficar só dependente do CAPS, eu pego o que eu aprendi aqui e levo para a minha vida, eu aprendi aqui o meu valor e hoje eu ocupo diversos lugares, hoje eu sei me colocar, falar o que eu penso, e sei que o que eu penso tem valor. A minha vida era um caos, e eu era quem fazia da minha casa um caos, aqui eu aprendi a respeitar o outro, e ainda tenho problemas, mas já sou outra pessoa. Não podemos desistir e já pensar em recair porque o CAPS vai fechar, precisamos ser resilientes". Aí os olhos da psicóloga aqui brilham, ele teve uma compreensão que nem eu como profissional tinha conseguido ter, e que na verdade era a real intenção da dinâmica: discutir o autocuidado para além do CAPS. Discutimos tanto sobre desinstitucionalização e não percebemos que o próprio CAPS às vezes pode acabar institucionalizando as pessoas, seja por elas se sentirem em casa lá, por não se sentirem acolhidos por suas famílias, por frequentarem o serviço muitos dias na semana e serem vistos e escutados como sujeitos singulares, seja porque os profissionais dedicados tentam fazer muito por eles, ou pelo vínculo criado. Frases como "um oi de vocês já salva" ou "vocês são a minha família", sendo que essa última já escutei em todos os três CAPS, ou ainda uma usuária do CAPSi que parou um grupo para perguntar a cada membro presente se a adotaria, essas falas que inicialmente podem parecer elogios ao trabalho realizado ali, denunciam também uma alienação ao serviço que é preocupante na medida em que gera dependência. A RAPS é a linha de frente da luta pela desinstitucionalização, sendo assim os CAPS tem um papel fundamental em se perceber dentro desse processo e intensificar o trabalho na comunidade e no território, de modo a promover mais autonomia e vislumbrar altas para esses usuários.

O grupo terminou com a revelação de que aquilo era uma simulação e com a discussão de quais são as formas de autocuidado que os usuários poderiam realizar para além das vivenciadas no serviço, quais as estratégias de redução de danos já levantadas ali e que eles realmente aplicam em suas vidas e de que forma poderíamos nos mobilizar para manutenção e valorização dos CAPS.

Vivenciar a RAPS foi voltar para as discussões instigantes de reforma psiquiátrica, psicologia e comunidade, foi ver a atenção psicossocial vivida de maneiras diferentes em cada serviço. Foi me frustrar por querer fazer mais e não ter agenda para tal, foi vivenciar grupos com brilhos nos olhos e questionar compreensões de saúde, foi me desestimular com alguns projetos, foi me vincular, aprender e crescer enquanto profissional da saúde mental. Foi ficar com gostinho de quero mais.

## 10. CONCLUSÃO

O ser humano é um ser muito complexo, e o seu cuidado em saúde não poderia ficar por menos. A cabeça de cada pessoa é um mundo e o modo de promover saúde mental para cada um desses mundos também vai ser diversa e construída. Essa construção, no entanto, precisa ser em conjunto, junto com o usuário e seus vínculos, com apoio de uma equipe multidisciplinar, coordenada na rede e inter-redes, e com entrega. Nenhum arcabouço teórico é capaz de trazer os aprendizados de experiências vividas em contextos tão complexos como esses da Residência, não apenas no que diz respeito aos usuários, mas também ao trabalho em equipe e em rede. A vida real nos confronta com desconfortos, e esses desconfortos nos fazem querer construir mais, e quando você pensa “não vou me meter nisso para não me afetar emocionalmente” é o momento que você vê que já está envolvida, e que a sua atuação naquele território pode fazer alguma diferença.

Hoje olho para trás e vejo a menina cheia de conhecimentos teóricos e completamente insegura que eu era, e o como assumir o serviço no R1 e compartilhar experiências nos estágios do R2 me fizeram crescer e ser uma profissional muito mais segura na minha atuação. Hoje não saber não me traz insegurança, mas a certeza de que precisarei da ajuda do outro para construir algo. A certeza de que preciso construir vínculos com os usuários e com a minha equipe, para podermos contar e confiar uns nos outros, mas sem deixar de me impor, de me mostrar. E tive sim experiências negativas, decepções com o SUS da vida real, completamente diferente daquele das belíssimas políticas públicas. Tive momentos que pensei em desistir, perdas que ainda estou elaborando e indignações cotidianas. Mas dizem que é caindo que se aprende a levantar, portanto sei que ainda tomarei algumas quedas, mas que estou me fortalecendo para ser capaz de sempre mais. A Saúde da Família funcionando é de uma potencialidade transformadora de vidas, assim como o cuidado em saúde mental, e se ambas essas coisas se unem e em um é promovido o outro, isso produz afetações múltiplas. Afetou-me e me transformou.

De acordo com Paulo Amarante, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ: "Então loucura se refere a esta experiência humana de estar no mundo de uma forma diversa daquela que o homem, ideológica e idealisticamente, considera como normal. E louco é o sujeito destas vivências (“erlebenis”) e destas experiências."(LUCHMANN, RODRIGUES, 2006). Considerando essas definições, e após minha experiência no NASF e na Saúde Mental como um todo, posso dizer que precisamos todos ser mais loucos. Falo isso com todo reconhecimento do sofrimento daqueles que realmente adoecem psiquicamente e sabendo que nenhum de nós está livre disso,mas compreendendo que para construir novas formas de saber e agir no mundo diante de pessoas tão singulares e complexas, precisamos transpor a normalidade ideológica e idealística posta pelo homem.

Não somos seres ideais, mas seres do campo do Real, e o real é imprevisível. Falo isso também com a compreensão de que se reprimir diante de desconfortos e reproduzir uma atuação metódica e que não faz sentido para si, não promove saúde, pelo contrário, promove o nosso próprio adoecimento. Produzir transdisciplinariedade é sair dessa atuação automática, estabelecer vínculos horizontais com os usuários e se permitir se transformar nesse processo é a melhor forma que aprendi a ser profissional de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. CHIAVERINI, D. H. (Org.). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: 2011. 236p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia>> Acessado em 28 de out de 2019.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESFSUS) (BRASIL). **Programas Integrados de Residência** Em Saúde Da Família. Bahia. Disponível em <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/programas-e-servicos/residencias-integradas/>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

FURTADO, Maria Edilânia Matos Ferreira; CARVALHO, Liliane Brandão. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 7, n. 1, p. 9-17, jun. 2015 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 out. 2019.

GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo Dalla. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2327-2338, jul. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 04 mar. 2020.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 399-407, Abr. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 05 Mar. 2020.