

SCARLETHE O'HARA SANTOS PEDREIRA

“ENFIM, TEMOS UMA PSICÓLOGA”: TRAJETÓRIA, APRENDIZADOS E
REMINISCÊNCIAS DA PRIMEIRA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA DO NASF-AB 1 EM
CAMAÇARI

CAMAÇARI – BAHIA

2020

SCARLETHE O'HARA SANTOS PEDREIRA

“ENFIM, TEMOS UMA PSICÓLOGA”: TRAJETÓRIA, APRENDIZADOS E
**REMINISCÊNCIAS DA PRIMEIRA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA DO NASF-AB 1 EM
CAMAÇARI**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Daiana C. Barbosa de Andrade

CAMAÇARI – BAHIA

2020

A todos os trabalhadores do SUS que vencem batalhas diárias para promover cuidado aos cidadãos. Em especial aos colegas nasfianos, que consigamos demonstrar a potencialidade da nossa forma de cuidar, além de sair fortalecido dos golpes sofridos desde a criação do NASF.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe pelo amor, apoio, força e resiliência diária.

Agradeço aos meus colegas (e amigos!) nasfianos, Rafaela, Naisla, Ramon, Talita, Natali e Renato por compartilhar essa jornada comigo. Orgulho imenso de vocês.

Agradeço às minhas preceptoras, Silvana e Thaylane, pelo cuidado, transmissão de conhecimentos e exemplo profissional.

Agradeço, em especial, a cada usuário do SUS que permitiu contato, construção de vínculo, partilhar de sua realidade e, direta ou indiretamente, contribuíram para minha transformação, profissional e pessoal.

SUMÁRIO

I.	PSICOLOGIA: DA TRADIÇÃO CLÍNICA À INSERÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA.....	6
II.	DO PROCESSO FORMATIVO À RESIDÊNCIA: CAMINHOS ATÉ O NASF 1 EM CAMAÇARI.....	7
III.	COMPONDO UMA EQUIPE DE NASF-AB: DESLOCAMENTOS (INTER)PESSOAIS.....	10
IV.	A IMENSIDÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESPECIALIDADE COMPOSTA POR DIVERSAS ESPECIALIDADES.....	13
V.	TORNAR-SE PSICÓLOGA: EXPERIÊNCIAS E APRENDIZADOS DO PRIMEIRO ANO DE RESIDÊNCIA.....	16
VI.	“O NÃO-LUGAR DO R2”: DESCOMPASSOS ENTRE O REAL E O ESPERADO PARA O INÍCIO DO SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA.....	19
VII.	SUBSTÂNCIAS QUE TRANSFORMAM REALIDADES: O (RE)ENCONTRO COM A CLÍNICA SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	21
VIII.	RECORDAÇÕES, APRENDIZADOS E ANSEIOS: APÓS OS ENCONTROS À DESPEDIDA.....	23
IX.	REFERÊNCIAS.....	25

I. **PSICOLOGIA: DA TRADIÇÃO CLÍNICA À INSERÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA:**

“Desabafar é mais sobre ser ouvido do que uma procura por respostas.” (João Doederlein)

Feche os olhos e imagine. Imagine uma profissional de Psicologia. Neste momento, pense qual seria a atividade que você escolheria para descrevê-la. Arrisco todos os meus palpites em apenas um: analisar pessoas. Que discorde a primeira psicóloga que nunca ouviu “Você está me analisando?”. Eu duvido que exista. Acredito que tal comparação só pode ser feita devido a tradição clínica da Psicologia.

Enquanto profissão reconhecida nos termos da lei, a regulamentação da Psicologia aconteceu no ano de 1962, a partir da Lei nº 4.119 (BRASIL, 1962). No entanto, o exercício da profissão já era realizado no País, tendo a Clínica como a primeira área consolidada de atuação psicológica.

Para Quadros (2012) a clínica também se configura como uma prática política. Ou seja, onde a partir de escolhas é possível ampliar ou não fronteiras e/ou realidades. Demonstra a responsabilidade da profissional frente o seu cliente, a sua atuação, o cenário sociocultural que os engloba e seu poder de transformação. No entanto, por algumas décadas o que marcou a atuação das(os) psicólogas(os) na clínica, foi o caráter individualista, privativo e higienista do serviço, distante, portanto, das questões sociais (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Para Dutra (2004) o que indica a saída da Psicologia do modelo clínico tradicional foi a inserção na saúde pública e, posteriormente, no SUS. No entanto, realmente saímos?

Dentro de diversos contextos, inclusive o SUS, a Psicologia é convocada para atuar realizando a clínica. Seja pela falta de profissionais ocupando esses espaços, pelo conhecimento restrito dos outros profissionais de saúde sobre as possibilidades do fazer psicológico ou até mesmo pela preferência do psicólogo em permanecer em sua comodidade, o modelo clínico transporta-se para a saúde pública, atropelando as características tão distintas de um setor para o outro.

No processo da residência em Saúde da Família, contexto multidisciplinar, tais questões também se perpetuam. O apelo de profissionais de outras categorias tanto quanto da população para a atuação que se assemelha ao modelo biomédico instituído, torna-se um convite para permanecer em sua zona de conforto: você e sua especialidade. A tentação de permanecer intacto frente à possibilidade do novo, limita – seja o profissional, seja as possibilidades do fazer profissão.

A clínica tradicional, citada neste texto, vai de encontro ao que propõe o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) – local de atuação do psicólogo no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente pela desvinculação com os atores sociais envolvidos no processo saúde-adoecimento. Porém, a Clínica Ampliada vai ao encontro da proposta do Núcleo. Apresenta-se como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), considerando a necessidade de aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade, assumindo responsabilidade clínica com postura acolhedora independente do espaço que esteja sendo feito o serviço (BRASIL, 2008). Significa assumir compromisso ético com o usuário do SUS.

Dessa forma, não simboliza o abandono da clínica pela Psicologia e sim, a saída desse modelo tradicional que engessa o fazer da profissão, limitando o acesso e as possibilidades de atuação. A partir deste momento, apresento quem sou e minhas experiências como psicóloga do NASF 1 em Camaçari.

II. DO PROCESSO FORMATIVO À RESIDÊNCIA: CAMINHOS ATÉ O NASF 1 EM CAMAÇARI

“Moça, olha só o que eu te escrevi, é preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê” (Los Hermanos).

Desde criança pensei em ser muitas coisas, mas nunca tinha citado a Psicologia enquanto uma possível escolha para mim. Por quê? Também não sei. No terceiro ano do Ensino Médio ainda não tinha decidido o que seria, tinha dúvidas entre Odontologia e Psicologia. Em uma das tradições desta época, confeccionar uma camisa própria para ano o letivo e colocar nela a escolha profissional, escolhi para a minha Odontologia. Mais uma vez, não sei bem o porquê.

Estudando para o vestibular, decidi apenas por fazer a prova em duas Universidades, em uma optei por Psicologia e na outra por Odontologia. Deixaria que o “destino” escolhesse por mim, no entanto, recebi outra chance. Não passei em nenhum dos vestibulares realizados e decidi fazer cursinho, tanto para tentar novamente o vestibular de forma mais preparada quanto para poder com calma decidir que caminho profissional gostaria de trilhar.

Comecei então a pesquisar características das duas profissões: o que fazem, onde podem atuar, atividades principais, possibilidades de carreira. Analisei diversas perspectivas, menos a principal, eu enquanto sujeito de desejo e o reconhecimento daquilo que me preenchia.

Sempre fui encantada por histórias. Poderia passar horas e horas ouvindo diversos tipos de histórias e tentava exercícios empáticos, mesmo que naquela época eu não soubesse nomear o que me empenhava a fazer, queria poder trabalhar com públicos com características diferentes e acima de tudo, era afetada pelas questões sociais.

Se foram os motivos corretos, não tinha certeza. Mas, ao ingressar na faculdade de Psicologia em 2012.2, me realizei. Encontrei e me permiti vivenciar as diversas experiências que o contato com o saber psicológico proporciona, até no quarto semestre ter contato com duas unidades curriculares distintas, mas que me tocaram da mesma forma: Psicologia da Saúde e Avaliação Psicológica II – avaliação aplicada ao contexto da Orientação Profissional (OP). Estudei sobre o SUS, seus princípios e como a psicologia poderia contribuir para a saúde pública e sobre processos de escolha profissional e projetos de vida, respectivamente.

Trilhei o caminho da OP por alguns semestres, queria proporcionar para os adolescentes (público principal) a oportunidade de vivenciar um processo de autoconhecimento e de escolha da profissão baseada na elaboração de um projeto de vida. Infelizmente, devido a grade curricular da Universidade, não tive maiores contatos com matérias que trabalhassem a Psicologia inserida na saúde, até quando no último semestre, cursei Psicologia Hospitalar e, pude retomar conteúdos ligados ao SUS. Em paralelo, cursava a unidade curricular de Trajetórias, onde revíamos nossa jornada na graduação e trabalhávamos sobre o nosso projeto de vida, definindo, por exemplo, qual seria a missão profissional que cada um de nós gostaríamos de desenvolver.

Uma atividade que aparenta, porém, não é simples. Foi nesse momento que me reconectei com a área da saúde. Formei em julho de 2017, e apresentei o trabalho de conclusão de curso (TCC) sobre um dos temas mais atuais na minha prática profissional atual, a Ansiedade. Iniciei os estudos para a residência e com isso tive contato com conteúdos que não foram abordados durante a graduação, por exemplo, o NASF-AB.

Fiz a prova da FESF, fui aprovada e lembro o momento que li o e-mail convocando para a matrícula. Liguei para a sede da Fundação para ter certeza de que era verdade. Matrícula em um dia, acolhimento pedagógico nos outros dois dias seguintes e na outra semana seríamos inseridas no campo. Nunca tinha ido até Camaçari, até o dia 12 de março de 2018, primeiro dia oficial de trabalho.

Ao final do dia 12, descobri que apoiaria as Unidades de Saúde da Família (USF) de Nova Aliança e do Phoc CAIC, permanecendo no NASF 1. Conheci quem seria da minha equipe, que por coincidência (ou não) eram pessoas que tinha me aproximado durante o acolhimento e combinado trajetos até Camaçari.

No outro dia fomos para as USFs, para o acolhimento que os R2s, a preceptoria e o corpo efetivo tinham organizado. Primeira parada em Nova Aliança, depois Phoc CAIC. Não tenho como esquecer esse momento. Durante as inúmeras apresentações desse dia de acolhimento nas duas unidades, ao dizer quem sou e minha categoria profissional, escutei: “Enfim temos uma psicóloga”; “Ainda bem que agora tem psicóloga”, “Serei sua primeira paciente”, “A equipe precisa mais do que os próprios usuários”, “Só você? Não vai dar conta” e incontáveis “Boa sorte!!”. Deu medo.

A residência foi a minha primeira experiência profissional. Era sabido que seria a primeira vez que a Psicologia estaria compondo o quadro da equipe multidisciplinar, no entanto, não sabia acerca das expectativas criadas para a categoria e que não teria uma profissional (do corpo pedagógico ou uma r1, de Psicologia) para me apoiar.

Apesar de toda apreensão, acredito que consegui caminhar tranquila. Tive dúvidas, porém minhas questões não perpassavam sobre o que eu poderia fazer com o meu aparato teórico ou as ações que poderia planejar em grupo e individualmente, e sim, pelas expectativas depositadas em uma pessoa que representa uma categoria que até então não participava do processo da residência e que os serviços eram de difícil acesso na cidade de Camaçari.

A Psicologia perpassa nas representações das pessoas que conversei como aquela que poderia oferecer um conforto para as situações vulneráveis do cenário social de Camaçari, assim como, dos estressores que envolvem o trabalho de quem atende a saúde da população. Fica o questionamento: os Psicólogos podem trazer esse conforto? Definitivamente, sim! Mas não dessa maneira como era presumida. Colocar os profissionais como os possíveis salvadores reforçam o cuidado compartimentado indo de encontro com o que é proposto pela residência e, principalmente, pelas diretrizes do NASF-AB.

Para o enfrentamento dessas expectativas percebi que a primeira tarefa seria a psicoeducação, do que eu enquanto profissional do NASF-AB poderia realizar. Realizando por métodos formais (por exemplo, matriciamentos, consultas compartilhadas) ou informais (conversas com residentes) vi que foi possível construir um caminho de diálogo aberto para a realização do trabalho.

Meu principal ponto de apoio tornou-se (e ainda é) a minha equipe nasfiana. Não posso dimensionar o quão importante foi receber o suporte desses profissionais e da minha preceptora. Saber que mesmo estando como a única profissional da Psicologia eu não estava só me deu forças para enfrentar a jornada que é ser NASF.



Figura 1: Primeira reunião do NASF 1 em 19/03/2018: Ramon, Wilames, Naisla, Rafaela, eu, Renato, Silvana (antiga preceptora), Natali, Talita e Carla Elisa. Fonte própria (2018).

III. COMPONDO UMA EQUIPE DE NASF-AB: DESLOCAMENTOS (INTER)PESSOAIS

“Muda, que quando a gente muda o mundo muda com a gente

A gente muda o mundo na mudança da mente

E quando a mente muda a gente anda pra frente” (Gabriel O Pensador).

Ser NASF é lutar contra a correnteza.

Criado a partir da Portaria nº 154 em 2008 pelo Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹ surge com a proposta de apoiar as equipes de saúde da família proporcionando olhares ampliados para as questões de saúde da população. Com duas

¹ Apenas em 2017, com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

estratégias principais de atuação, a dimensão assistencial e a técnico-pedagógica, visa para além do auxílio as equipes, por exemplo, a qualificação do serviço ofertado (BRASIL, 2014).

A atuação prevista para a equipe NASF se distancia do modelo biomédico ainda vigente na área da saúde. Sair da lógica tradicional do atendimento e do suposto saber do especialista incomoda, paralisa e muitas vezes dificulta o trabalho. As expectativas criadas para os profissionais do Núcleo que compõem (e ao mesmo tempo, não) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) acabam contribuindo para o desalinhamento do desenvolvimento do trabalho em conjunto. A própria política que o institui como apoiador, sem sede própria, saindo dos moldes da priorização do atendimento ambulatorial (BRASIL, 2014) dificulta o entendimento das possibilidades de atuação do núcleo para os profissionais inseridos na rotina da ESF como também, em alguns casos, dos próprios nasfianos.

Dentro da residência, após o processo de adaptação inicial ao serviço alguns desconpassos começaram a surgir entre o trabalho da equipe mínima e do NASF. Talvez trabalhar em equipe seja o maior desafio da lógica de cuidado atual. Compreendendo o sujeito como uma totalidade e que diversos fatores influenciam em sua saúde, sejam eles biológicos, psíquicos, sociais, econômicos, entre outros, se faz necessário a presença de profissionais com conhecimentos distintos para dar conta dessa amplitude que é ter saúde. Contudo, não há construção de novos saberes e perspectivas de atendimento sem a criação de espaços de discordância e diálogo.

Frente a novidade que era o trabalho conjunto com o NASF, emergiram conflitos na conjuntura das duas USFs apoiadas. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais do NASF, que a partir dos relatos colhidos são sentidas ano após ano, surgem principalmente da dificuldade de compreensão sobre as peculiaridades inerentes ao fazer do apoio e suas diferenças de atuação. Atribuo três grandes fatores para a erupção dos conflitos entre equipe mínima e NASF no panorama da residência, que foram: 1) Desconhecimento dos profissionais sobre o funcionamento e objetivos do Núcleo; 2) Carência da população de Camaçari das especialidades presentes no NASF; 3) Agendas lotadas da equipe mínima.

Grande parte dos trabalhadores adentram o Programa de Residência sem o conhecimento teórico e vivencial das atividades desenvolvidas pelo NASF, atuam referenciados apenas por manuais e portarias que se distanciam do trabalho real. Os próprios documentos oficiais não detalham com exatidão as atividades a serem desenvolvidas. Exemplo disso, na Portaria que rege o NASF ao se referir sobre os atendimentos que podem ser realizados apontam “casos específicos”, no entanto, não há detalhamento de quais aspectos se enquadram nesse critério (BRASIL, 2008), deixando ao profissional solicitante a avaliação da especificidade daquela demanda, acarretando em acionamentos em demasia.

Não houveram encontros diretos entre as equipes (NASF e ESF) porém frases como “o que o NASF faz?”, “estão brincando de que?”, “depois o NASF resolve”, foram ouvidas algumas vezes, reforçando o desconhecimento sobre as atividades que eram realizadas, como também, salientando a dificuldade de compreender as diferenças nas práticas diárias dos outros profissionais.

A literatura aponta que as dificuldades apresentadas pela equipe NASF aparentam estar inseridas numa realidade comum a todos os profissionais em exercício no Núcleo. Cela; Oliveira (2015) em sua pesquisa sobre o papel do psicólogo do NASF no estado do Rio Grande do Norte, apontam as dificuldades de estar inserida no núcleo, sinalizando a desarticulação das atividades entre equipes da saúde da família e equipes NASF, assim como, comunicação precária. Arce; Teixeira (2017) ainda contribuem com outra perspectiva acerca da dificuldade de trabalho dentro do NASF, no contexto pertencente a todos os profissionais, que é o desconhecimento da população acerca de sua proposta. Devido a primazia do modelo biomédico de saúde, com consultas individuais, torna-se difícil compreender a existência de diversas especialidades que não estão com agendas abertas na recepção das USFs.

Gerado a partir desse contexto de desalinhamentos obtivemos o produto do descontentamento. A equipe mínima sentia-se desassistida e a equipe NASF sobrecarregada e não valorizada. Tristeza, desapontamento, raiva e inquietação eram sentimentos presentes durante o nosso processo de trabalho e a pergunta que rodeava minha cabeça era “Por que é tão difícil entender como o NASF trabalha?”, tentar mudar parecia ser algo inacessível, mas do jeito que estava, não dava para continuar. Daí veio a ideia pela equipe: se eles não sabem o que a gente faz, vamos dizer o que a gente faz e como faz. Mas não de forma teórica e entediante, vamos usar de estratégias dinâmicas para explicar sobre o NASF e, principalmente, mostrar o que a gente estava sentindo. Nós queríamos gerar identificação, porque compreendemos as dificuldades de serem linha de frente no cuidado, desejávamos que compreendessem que assumir o papel de nasfiano foi difícil até para gente no começo da residência.

Planejamentos, discussões, ouvimos várias opiniões, finalizamos o produto: Roda de campo sobre o NASF nas duas unidades que atuamos. Acreditamos que a metodologia que montamos era a melhor para expressar o que sentíamos, a gente não queria gerar mais desavença, mas era necessário falar sobre o que incomodava, não dá para apaziguar tudo. Ouvimos “Não vai ser desse jeito que vocês montaram”, “Dessa forma pode gerar mais confusão”. Confiamos no nosso produto mesmo assim. Valeu a pena acreditar! O efeito que as rodas produziram foram melhores do que poderia imaginar. O objetivo foi concluído,

conseguimos passar o conteúdo de uma forma mais leve e não menos significativa, criamos um cenário empático e demos o primeiro passo para o trabalho entre NASF e eSF coeso e efetivo.

As rodas foram o start. Mas seguimos construindo estratégias para a cobertura das equipes e pontes permanentes de diálogo. Algumas das outras estratégias criadas, foram:

a) Construção de fluxos de acionamento, tanto do Núcleo quanto de cada categoria profissional a fim de estruturar o processo de trabalho desenvolvido, identificar ações que eram necessárias a partir da demanda (seja individual ou coletiva) e reflexão sobre os próprios acionamentos.

b) Divisão dos profissionais em miniequipes que visavam suporte as principais atividades de cada ESF. Como existiam dois profissionais de educação física, fisioterapia e nutrição, formaram-se trios que cobriam as equipes com assistência da Psicologia para todas. Tal estratégia funcionou principalmente porque os profissionais construíram elos e sabiam a quem se reportar na procura por solucionar a demanda; maior organização da agenda dos profissionais; maior cobertura das ações realizadas e; maior facilidade na coordenação e administração do processo de trabalho.

c) No acolhimento dos novos residentes, a reserva de um dia para o NASF foi uma vitória. Algumas pessoas não achavam necessário. Porém, o objetivo era proporcionar vivências relacionadas ao NASF como o que é o Núcleo, como trabalha, como organiza a agenda, se antecipando para que desde o início o trabalho ocorresse de forma mais harmônica e possível. Um dia com os r1s de cada unidade apoiada voltada para experimentar o NASF promovendo elos entre os profissionais.

Para além das estratégias citadas, o investimento em comunicação clara e de qualidade tornou-se ação transversal de qualquer atividade desenvolvida pela equipe NASF. Funcionar em equipe multiprofissional é um desafio diário. Diversas pessoas, com opiniões e conhecimentos diferentes unidas com o objetivo de cuidar dos usuários do SUS. O alinhamento do discurso, das expectativas e o respeito ao trabalho do outro foram ferramentas necessárias para o desenvolvimento do cuidado integral para o sujeito. Quanto ao desconhecimento da população acerca o trabalho do NASF, a transformação começa no empoderamento dos profissionais ao passarem as informações corretas, orientando quanto ao estilo de trabalho e, principalmente, mantendo o canal ativo de comunicação com a comunidade.

Os desafios não acabaram, porém seguimos.

IV. A IMENSIDÃO SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESPECIALIDADE COMPOSTA POR DIVERSAS ESPECIALIDADES

“Diferente das indiferenças,
As diferenças não separam” (Lua Ferreira).

A Estratégia de Saúde da Família se apresenta como o modelo preferencial de organização de oferta de cuidado dentro da Atenção Básica e possui a missão de transformar a assistência em saúde em um modelo coletivo e multiprofissional que se baseia no cuidado longitudinal, centrado na família e seu contexto biopsicossocial (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018). Atuando, assim, na construção e manutenção de vínculos com unidades familiares e sua comunidade viabilizando ferramentas de prevenção, promoção e tratamento à saúde dos usuários.

A família se constitui como o primeiro grupo social do qual integramos. Com ela desenvolvemos linguagem, interação e formas de existir no mundo. Boarini (2003, p. 2) aponta que a família “apesar de multimilenar, apresenta-se sempre com novas roupagens, em atendimento à demanda da sociedade da qual é o núcleo, o que a faz sempre nova na forma de constituir-se, na sua configuração e na sua dinâmica interior”, isto é, ao falar sobre família, discutimos um processo complexo, diversificado, em permanente transformação e com alto poder de influência na vida dos sujeitos.

Diversidade é um substantivo que exemplifica a característica ou estado do que é diverso; não semelhante², sendo assim, pode ser o atributo que melhor caracterize o que é trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Por centrar o cuidado nas famílias do território, mesmo existindo programas de cuidados instituídos como base da ESF, o fazer técnico de cada categoria se expande, pluraliza e precisa manter-se atualizada, tanto tecnicamente quanto em estratégias de aproximação e cuidado.

Como trabalhadora do SUS, a residência em Saúde da Família (SF) permite algo que nenhuma outra possibilita: pluralidade. Se qualquer profissional revisar qualquer turno de atendimento realizado perceberá – acredito nisso – o quão sortido foram as temáticas bases de cada consulta. Em um único período é possível conhecer histórias e realidades tão complexas e distintas que, ainda assim, compartilham do mesmo território. Isso permite para

² Retirado do Dicionário Aurélio On-line (2020).

o profissional o contato com diversas demandas, tornando o seu repertório de ação cada vez completo, no entanto, exige desse mesmo profissional a responsabilidade de munir-se de maiores conhecimentos.

Pereira; Pereira Jr. (2003, p. 99) ressaltam que

estar próximo do universo familiar significa estar em contato com realidades diversas e conflitantes, que pedem uma assistência voltada à cooperação e à integração, uma vez que as expectativas dos familiares têm relação direta com as expectativas dos profissionais de saúde

Isto é, ao trabalhar com as famílias, revisitamos diariamente o nosso próprio conceito familiar. Carregamos nossas experiências e formamos nossa visão. A partir dessa perspectiva, é necessário que o profissional de saúde desconstrua seus conceitos preconcebidos se desprendendo de juízos de valores e avalie aquele contexto familiar com base na própria referência que a família obtém.

Cada hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, vulnerabilidades e qualquer outra possibilidade de demanda é vivida por aquele sujeito que procura (ou não) cuidado de forma diferente. O 2 mais 2 na Saúde da Família pode dar resultados diferentes e, nem por isso, errôneos. No que tange a saúde mental, tais características são ainda mais visíveis.

A clínica da saúde mental apresenta-se como agrupamento indivisível da Saúde da Família. Cuidamos de quem sofre e daqueles que cuidam de quem sofrem. A Psicologia e as outras áreas do conhecimento precisam sair da sua caixinha. Não há possibilidade (e nem resolveria) de voltar-se ao consultório e as demandas individuais, em territórios que tanto as questões psicológicas quanto sociais demandam tanto.

Não é uma tarefa fácil, mas se torna imprescindível sair do individual. Ferramenta potente para esse deslocamento são as visitas domiciliares (VD), onde os profissionais têm a oportunidade de conhecer, compreender e intervir no local onde as famílias convivem a maior parte do tempo. Compreender quais as funções e significados que a VD pode ofertar contribuem para fortalecer esse dispositivo de cuidado. Rocha et al. (2017, p.182) reforçam que “a visita domiciliar pode ser pensada como uma estratégia de cuidado que considere as necessidades dos usuários e de suas famílias, bem como a autonomia e o protagonismo destes no processo de atenção”, nesse sentido, pode ser espaço de compreensão, intervenção e articulação entre demandas individuais e familiares com os recursos da rede e da comunidade.

Como estratégias para auxiliar durante as visitas domiciliares, levava comigo um guia de ideias para as VDs, composta por: Tire o olho do que é dito como disfuncional, do

diagnóstico propriamente dito, olhe para os sujeitos no lugar que eles se apresentam mais à vontade, foque nas potencialidades e partir delas fortaleça a crença de competências dos sujeitos.

Só realizando esse exercício de sair do que é posto e instituído podemos realizar um cuidado integral a esses sujeitos que, acima de tudo, respeite suas crenças e as formas de experienciar a realidade, contemplando as mais diversas formas de ser e estar no mundo.

V. TORNAR-SE PSICÓLOGA: EXPERIÊNCIAS E APRENDIZADOS DO PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA

“As mudanças mais bonitas
Não vem com calma e sossego
São uma ventania incontrolável
Jogando tudo pra cima
Nada cai no mesmo lugar
Nem as coisas
Nem o coração
Nem você
O tempo fechado nos abre” (Ryane Leão).

Finalizei o primeiro ciclo.

O processo do residente do primeiro ano (R1) é complexo, turbulento e árduo. São muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo que precisam ser assimiladas. Primeira experiência profissional, 60h semanais, apoiar oito equipes de SF, torna-se referência do núcleo para os outros profissionais e ainda estudar. Ufa! Será que é possível desempenhar tantas funções?

O R1 te ensina diversas coisas, seja do mais prático processo de trabalho até as mais diversas experiências de trabalhar no SUS. A minha maior aquisição nesse primeiro ano foi aprender a ser psicóloga. Saí da graduação para a minha primeira experiência profissional, a residência. Esperava um profissional da mesma categoria no serviço, não encontrei. Esperava um apoiador pedagógico nos primeiros momentos, não tinha. Uma dupla para compartilhar as expectativas/desesperos, não veio. Me sentia (enquanto profissional Psi.) sozinha e certas vezes, despreparada.

Quando me vi em um território com diversas demandas sabia que não “daria conta” daquilo. E tudo bem! Isso não significava não fazer um bom trabalho e sim, não cair na fantasia da onipotência, onde a psicologia e eu, conseguiríamos dar vazão a demandas tão distintas e que perpassam por características socioeconômicas, onde na maioria das vezes os profissionais de saúde não têm governabilidade. Foi complexo lidar com tantas expectativas. As minhas, a dos profissionais e da própria população. Minha equipe NASF foi essencial para vivenciar e significar esse processo.

Nesse período gostaria de frisar o despertar que tive para atividades coletivas. A formação em Psicologia ainda não prepara o profissional para o trabalho multiprofissional. Apesar de sermos estimulados a enxergar o ser humano em suas múltiplas dimensões e compreender que nosso fazer singular não trará sozinho os benefícios para aquele paciente, ainda não somos preparados para as implicações que ser “multi” nos traz. Algo que estimulou para que, no início do processo formativo, o consultório fosse um lugar seguro.

Mesmo que a formação contemple diversas disciplinas que permeiam sobre a temática grupal, ainda estamos travados sob as nossas próprias teorias. Por que trazer a crítica? Porque eu só consegui me abrir verdadeiramente para as atividades coletivas quando consegui compreender o que eu, enquanto pessoa, poderia trazer de experiência para essa vivência grupal, contemplando a teoria que estudei, porém, indo além dela. Pude entender que para funcionar de fato para um grupo e/ou atividade coletiva o mais importante era o vínculo criado com os pacientes daquela USF, assim como, atingir os objetivos propostos pela prática. No que tange a Atenção Básica, os grupos/atividades coletivas constituem-se como dispositivo potente para a promoção, prevenção e descoberta de possíveis agravos de saúde. Seja um grupo de práticas corporais, grupo de PICs, grupo de mulheres, PSEs, consultas coletivas, o poder que a coletividade apresenta para o cuidado em saúde é significativo.

Ao conseguir me desgrudar do que está posto, compreendi para além dos objetivos necessários para a construção de um grupo, enxerguei a importância dada por cada usuária(o) que chega cedo no dia do grupo; Que quando não pode ir, não deixa de avisar; Que sente falta de um profissional que não estava presente; Que puxa a orelha dos profissionais quando acham necessário e que acima de tudo, vislumbram. Os benefícios para a sua saúde advindos da participação.

O vínculo se traduz como uma das principais tecnologias leves e pressupões afetividade, relação terapêutica (cuidado) e continuidade (BARBOSA; BOSI, 2017) e foi quando pude descortinar essas dimensões que pude despertar e me espalhar pelas atividades coletivas. Exemplo disso, foi o Grupo de Auriculoterapia da USF Phoc Caic. Durante o primeiro ano, nós do NASF-AB e a equipe mínima tivemos dificuldades de adesão

para os grupos/atividades coletivas da USF. Não entrarei nas possíveis justificativas que expliquem esse esvaziamento, porém vou ressaltar o principal sentimento que assolava os profissionais, a frustração. Com a criação do grupo, as circunstâncias começaram a mudar.

Desde os nossos R2s (turma de 2017), a auriculoterapia era umas das terapêuticas disponibilizadas para os pacientes, no entanto, dentro das consultas agendadas. O grupo nasceu e foi executado pelo NASF e o principal objetivo da criação era ampliar as ofertas de cuidado, estimular a autonomia do usuário para o seu autocuidado, criação de vínculos, fortalecer o acesso da comunidade na unidade para além de renovações de receita e solicitações de exames, além de realizar educação em saúde. Criamos a proposta, abrimos lista para a primeira avaliação, ninguém compareceu. Novamente, frustração. Decididos não desistir do grupo, tentamos outra forma de captação. Funcionou! Primeiro encontro, grupo cheio. Segundo encontro, novas pessoas que foram convidadas pelas próprias usuárias. Os próximos encontros foram marcados pela assiduidade dos participantes.

Não sei como descrever como era chegar às terças e ver as usuárias esperando o grupo começar bem antes do esperado, da implicação delas com as propostas, do vínculo criado, do que aprendi. O grupo tinha tempo para início e término, porém deixou frutos: As usuárias contam acerca de como foi importante a socialização; Ofertar cuidado para além do saber médico-centrado; Trazer a comunidade para a unidade; Discussão de temas que os usuários acreditavam ser importante e, principalmente, hoje a equipe mínima implicou-se no processo e conduz o grupo, mostrando que a junção de uma proposta que desperte interesse na população com engajamento da equipe produz cuidado efetivo.

Outra particularidade do R1, aprender a trabalhar em rede. Qualquer que seja a atividade realizada em prol da saúde do sujeito, ela não pode ser realizada apenas por um indivíduo, é constituída no encontro, de uma ou mais pessoas. Apesar das inter-relações e da possibilidade de permeação nas fronteiras de cada profissão – principalmente em uma residência multiprofissional – surge determinado momento que seu conhecimento não é capaz de promover o cuidado integral ao seu paciente, é necessário trabalhar com outras pessoas e/ou dispositivos de saúde.

A Rede em Saúde objetiva fortalecer os processos de cuidado e cooperação prestando serviços de atenção à saúde complementares ou interdependentes. Em sua cartilha sobre Redes de Produção de Saúde, o Ministério da Saúde aponta que “com a ampliação do conceito de saúde, a construção de redes tornou-se uma estratégia que permite criar múltiplas respostas no enfrentamento da produção saúde-doença” (BRASIL, 2009, p.9), portanto, o trabalho em rede contribui para aumentar a capacidade de cuidado e escuta integral do sujeito, promovendo olhares e análises diferenciadas a partir de cada formação, e que em

conjunto encontrem a terapêutica mais indicada para o paciente. Ainda assim, é extremamente complicado trabalhar em rede.

A falta de protocolos estabelecidos, dificuldades físicas das unidades de saúde, oferta incipiente de espaços para integração dos profissionais e educação em saúde, enfraquecem a potência que é trabalhar em Rede. O que vivi (na maioria dos casos) foram encaminhamentos de casos onde o paciente tem seu itinerário terapêutico perpassado por diversos locais que, no entanto, não conversam entre si. E aqui surge também a deficiência da Atenção Básica como coordenadora do cuidado de viabilizar o compartilhamento dos casos, onde os diferentes serviços de atenção à saúde corresponsabilizam-se em conjunto pela oferta de estratégias de cuidado.

Apesar das dificuldades, com a micropolítica das relações interpessoais e a disponibilidade dos profissionais para o cuidado (tanto da AB, quanto da Atenção Especializada) conseguimos tecer os fios para a construção/fortalecimento de possíveis redes. Vale ressaltar que as redes são construídas para além de saberes, são realizadas por pessoas, portanto, é necessário investimentos em educação em saúde e integração dos trabalhadores para a consolidação de ofertas que visem um olhar global para o sujeito.

Adaptação, trabalho em equipe, perrengues em ser NASF, conquistas, vínculos, amizades, aprendizados e despedidas. Tudo isso em um ano. O tempo na residência se torna ainda mais relativo. Em um mês parece que você viveu/trabalhou por um trimestre inteiro. As vivências são mais intensas. Tudo fica maior e mais alto. Viveria tudo de novo. Como foi bom aprender a ser psicóloga dessa forma. Foi um divisor de águas para a minha trajetória profissional ter experienciado esse formato de R1.

VI. “O NÃO-LUGAR DO R2”: DESCOMPASSOS ENTRE O REAL E O ESPERADO PARA O INÍCIO DO SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA

“Mas não desanime por nada,
Pois até uma topada
Empurra você pra frente” (Bráulio Bessa).

Por algum tempo essas questões me rodeavam:

O R1, intensidade. O R2, inércia?

O R1, rapidez. O R2, delonga?

O R1, saúde da família. E o R2?

Parecia não haver lugar que comportasse o residente em seu segundo ano. Não cabem mais nas unidades – superlotação de profissionais e, definitivamente, não pertencem aos estágios. Vim de uma realidade onde a rotina intensa de trabalho e aprendizados, diversas atividades realizadas, manutenção de vínculos com os profissionais e com a comunidade, emprego de energia para que compreendam a dinâmica e o seu processo de trabalho, até finalmente, cair em outro espaço.

Usei o verbo correto, cair! Um dos seus significados é justamente lançar-se de cima para baixo³. Combina com as minhas percepções. Em meu caso, o R2 teve sua divisão em três períodos: Estágio em um serviço da Rede de Atenção à Saúde; Eletivo e Férias; Estágio na Gestão da Saúde. Reservo este espaço para falar do primeiro período, visto que foi o maior (seis meses) e o mais complexo.

Denominado de “Estágio Optativo”, fui para um serviço de atenção à saúde da criança no município. Inaugurado há pouco tempo, era um campo novo para os residentes. A coordenação do local parecia não compreender qual seria a nossa função no serviço e ao chegarmos fomos recebidos com: “Quando posso abrir a agenda de vocês?”, afastando-se do que é a proposta para os residentes nos campos de estágio. Campo novo, expectativas errôneas sobre qual papel seria desenvolvido naquele espaço e para completar, onde está suporte pedagógico? Encontros de 15 em 15 dias (quando era possível), de duas horas, onde além de explicitar as atividades realizadas, era o tempo para desabafar sobre o que estávamos vivendo.

Mesmo experienciando as atividades diárias do Centro e construindo um produto, por muitas vezes tive a sensação de inutilidade, ao acreditar que por não estar inserida diretamente no cuidado dos pacientes, não estava contribuindo para que ele estivesse sendo ofertado.

As críticas/insatisfações realizadas sobre o primeiro ciclo do R2 retomam o questionamento de quais competências queremos os residentes deste ciclo. A falta de referências no serviço, suporte pedagógico que tenha experiência naquela área de concentração e campos de estágio que compreendam o papel do residente tornam insípida a proposta de qualificar o trabalho em redes na saúde assim como, não contribuem para a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias aquele ciclo.

³ Retirado do Dicionário Aurélio On-line (2020).

A fundamentação crítica-reflexiva que propõe a metodologia ativa, estimula a reflexão e autonomia do educando para com sua aprendizagem, porém, não retira a responsabilidade do educador de facilitar/mediar esse processo (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017) e, durante os seis meses de estágio, me senti por muitas vezes, desassistida.

Escrevendo sobre os desconfortos, contudo, reconhecendo a importância de vivenciar essa etapa. Sair do espaço protegido que a residência proporciona é fundamental para uma compreensão global sobre dinâmicas e perspectivas de trabalho em saúde. Estar em locais onde se faz necessário cavar espaços e mostrar a potencialidade do trabalho em equipe, demanda novas estratégias do fazer do profissional em saúde.

VII. SUBSTÂNCIAS QUE TRANSFORMAM REALIDADES: O (RE)ENCONTRO COM A CLÍNICA SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

“Fuga. Prima bastarda da ilusão. Flor com mais espinho que pétala. Droga de alto vício, não aconselhada para tapar buracos ou evitar feridas...” (João Doederlein)

No meu segundo mês de residência fiz uma consulta compartilhada com uma das enfermeiras da unidade que apoiava. A paciente Maria, de 17 anos, estava grávida de sete meses e tinha acabado de descobrir que sua filha iria nascer com complicações cardíacas. M., estava na sua segunda gravidez, sendo que perdeu seu filho no final da primeira gestação e estava com medo de que acontecesse a mesma coisa. Além do medo, a culpa. Maria fazia uso de substância psicoativa (SPA) e teve duas recaídas até aquele momento. Sentia que o uso da cocaína era o responsável pela doença da filha.

Senhor Luiz, 68 anos, paciente de visita domiciliar, alcoolista crônico há mais de 30 anos. Frequentava o que para aquela comunidade era chamado de sindicato, local onde usuários (em sua grande maioria, homens) reuniam-se para consumo de SPA, geralmente, álcool. Luiz desenvolveu fibrose hepática, a família acredita que ele não parava o consumo de álcool porque não desejava. O paciente afirma que começou o abuso da bebida após perder sua filha recém-nascida, “que tinha a cor dos meus olhos” (sic).

Maria e Luiz⁴ não foram os únicos pacientes que compartilhei cuidado e faziam uso abusivo e/ou desenvolveram dependência de alguma SPA. Foram muitos. Jung [19-] aponta que “o encontro de duas personalidades assemelha-se ao contato de duas substâncias químicas: se alguma reação ocorre, ambos sofrem uma transformação”, foi o que aconteceu

⁴ Nomes fictícios.

comigo. O acompanhamento desses pacientes despertou em mim o desejo pelo reencontro com a clínica AD (álcool e outras drogas). Fiz disso um impulso e escolhi realizar o estágio eletivo no CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas.

O CETAD foi criado em 25 de julho de 1985, vinculado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – FAMEB/UFBA, com convênios firmados com a Secretaria de Saúde Municipal (SMS) e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), funcionando como referência de assistência para o estado da Bahia. Atuam com o propósito de

promover ações que contemplem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, a prevenção e redução de riscos e danos, o estudo, a pesquisa e o ensino, com vistas à produção e difusão do conhecimento sobre as múltiplas dimensões do consumo das Substâncias Psicoativas, articulado com outras instituições representativas da sociedade e em consonância com princípios éticos. Também promove ações que contemplem a educação para a saúde e o tratamento, com vistas a estabelecer um padrão de referência para a comunidade baiana, nas suas inquietações com relação às substâncias psicoativas e em atenção à dignidade humana (CETAD, c2020).

O estágio eletivo foi como um sopro de ar em um dia quente. Um respiro. Além de atender as expectativas – aprendizado e poder colocar a mão na massa, reforçou meu interesse acerca da temática do uso de SPAs e, reafirmou o quanto que a experiência em uma residência multiprofissional contribui para a atuação profissional. Esse olhar fora da caixinha que o multi proporciona enriquece as vivências nos diversos espaços de exercício profissional e apontam novos caminhos. Ter essa compreensão fora do espaço protegido da residência foi extremamente importante para ressaltar a importância do processo vivido desde 2018.

Movida pela inquietação sobre a relação que as pessoas desenvolviam com as substâncias que utilizavam tive a oportunidade de refletir acerca de diversos pontos e reforçar a validade que as estratégias de redução de danos possuem, contribuindo para a diminuição dos prejuízos associados ao uso de substâncias psicoativas em pessoas que não podem ou não querem cessar o uso de drogas. Marangoni; Oliveira (2013) aponta que a substância psicoativa pode colaborar com a dependência, no entanto, se faz necessário analisar quais as condições favorecem o uso e à que ele serve. Tanto a teoria quanto a prática deslocam a centralidade anteriormente dada a droga, reforçando a multifatorialidade referente ao desenvolvimento de qualquer transtorno por uso de substâncias.

Foram muitas histórias. Vidas que em algum momento encontram a droga e fizeram dela ferramenta de diversão, escudo para questões difíceis de lidar e até mesmo refúgio para a psique. Foram adolescentes, adultos, idosos. Sujeitos que estão à procura de tratamento

pela primeira vez ou vieram de históricos de internações. Pessoas que mantiveram vínculos sociais ou que se afastaram – ou foram afastadas deles. Sujeitos que clamavam por uma saída.

Rêgo (2009, p. 211) apresenta que “não se trata apenas, de parar de usar drogas, mas de saber do seu consumo e se responsabilizar por ele, tomar posse dos motivos que o levaram a começar, mas também, do porquê continuar, e a que responde”, ou seja, indispensável compreender os movimentos individuais de cada sujeito, assim como, as relações traçadas com a substância. Ademais, é preciso ver além da SPA. Compreender o sujeito que se expressa de múltiplas maneiras, deslocando-o da droga.

Enquanto residente de saúde da família, o estágio também auxiliou na tentativa de compreender a visão e o posicionamento do familiar ou da família que vem em “Nome De” e procuram compreender a relação do seu ente com a(s) SPA(s). Compreendi que a Clínica da Família é um subconjunto fundamental na Clínica AD. Ora por se tratar de um fator protetor, ora por ser um fator que contribua para a desorganização daquele sujeito. Uma das partes mais importantes nos acolhimentos/atendimentos dos familiares era, justamente, abrir um espaço de fala e escuta para as vivências permeadas pelo consumo de drogas, assim como, a realização de psicoeducação.

VIII. RECORDAÇÕES, APRENDIZADOS E ANSEIOS: APÓS OS ENCONTROS À DESPEDIDA

“A esperança é quem me abriga
Esses campos não tardam em florir
Já se espera uma boa colheita
E tudo parece seguir” (Djavan e Dominginhos).

Você que está lendo, não pense que foi fácil chegar até aqui. Revisitar tantas vivências despertam sensações adormecidas, como também, acalenta o coração. O tempo durante a residência passa de forma singular e é gratificante saber que dentro de dois anos vivi tantas experiências. Sorri, chorei, fiquei orgulhosa das ações, desacreditei do nosso poder de trabalho e acima de tudo, reafirmei o compromisso com o SUS.

A própria denominação Atenção Básica não nos contempla. De básico, apenas o nome. É diverso, complexo, multiprofissional e não impõe distâncias. Oferta de cuidado

próximo as residências das pessoas. Possui diversos limites, que só não são maiores que suas potencialidades.

É difícil escrever esse relato destacando a potência que é acreditar e trabalhar no NASF justamente nessa conjuntura de desmonte. A Portaria nº 2.979 de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e a Nota Técnica nº3 de 2020 sobre o NASF-AB e o programa supracitado, que citam a falta de repasse federal para financiamentos do NASF-AB, dá fim ao cadastro de novas equipes e desobriga o gestor de registrar esses profissionais no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), apenas reafirmam a desvalorização do trabalho do núcleo, que executa as ações atrás das cortinas das equipes de saúde da família. Se faz necessário que em tempos de luta, união. E em tempos de desmonte, construção de ações que fortaleçam o Núcleo.

Almejo que esse memorial contribua e desperte outros profissionais da Psicologia a ingressarem em um programa de residência multiprofissional. Saindo das caixinhas e conhecendo diversas realidades de trabalho. Aprendendo a trilhar sua caminhada, já caminhando. Explorando as diversas perspectivas de atuação que a profissão nos permite.

Na certeza de que outros desafios virão, enfim, temos uma psicóloga que anseia em permanecer trabalhando no SUS.

IX. REFERÊNCIAS

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA)**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 228-240, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000700228&lng=pt&nr=iso. Acesso em 29 de jan. de 2020.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva**. Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000401003&lng=en&nr=iso. Acesso em 24 de fev. de 2020.

BRASIL. **Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Diário Oficial da União. Brasília, 1962. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm. Acesso em 27 de jan. de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf. Acesso em 10 de mar. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em 29 de jan. de 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf. Acesso em 24 de fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: MS, 2014. **(Cadernos de Atenção Básica, n. 39)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em 29 de jan. de 2020.

BOARINI, Maria Lúcia. **Refletindo sobre a nova e velha família.** Psicol. estud. Maringá, v. 8, n. spe, p. 1-2, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722003000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de fev. de 2020.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. **O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família.** Interface, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000100077&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 de fev. de 2020.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. **O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações.** Estud. Psicol., Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0031.pdf>. Acesso em 29 de jan. de 2020.

DIESEL, Aline; BALDEZ, Alda Leila Santos; MARTINS, Silvana Neumann. **Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica.** Revista THEMA. V.14. n.1, p.268-288, 2017. Disponível em:

<http://revistathema.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/viewFile/404/295>. Acesso em 24 de fev. de 2020.

DUTRA, Elza. **Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade.** Estud. Psicol., Natal, v. 9, n. 2, p. 381-387, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de jan. de 2020.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. **Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.22, n. 3, p. 662-670, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 de fev. de 2020.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; NEVES, Edwiges de Oliveira. **O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde.** Psicol. cienc. prof. [online], vol.27, n.4, pp. 608-621, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 de jan. de 2020.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JR., Alfredo. **Transtorno mental:** dificuldades enfrentadas pela família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de fev. de 2020.

QUADROS, Laura Cristina de Toledo. **Desafios da prática clínica na formação de psicólogos:** revendo fronteiras e criando possibilidades. Revista IGT na Rede, v.9, n.17, 2012, p. 187-199. Disponível em: <https://www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php?id=2155&article=408&mode=pdf>. Acesso em 27 de jan. de 2020.

Quem somos. CETAD Observa. Salvador, c2020. Disponível em: <http://www.cetadobserva.ufba.br/pt-br/cetad/quem-somos>. Acesso em 21 de fev. de 2020.

RÊGO, M. Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas. In: NERY FILHO, A; MACRAE, E.; TAVARES, L.A.; RÊGO, M. (Orgs.). **Toxicomanias:** incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: Edufba, Cetad: 2009.

ROCHA, Kátia Bones et al. **A visita domiciliar no contexto da saúde:** uma revisão de literatura. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v.18, n.1, p.170-185, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862017000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 de fev. de 2020.