

Relato de experiência

Acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico intenso em uma unidade básica de saúde: relato de um psicólogo residente

Reception of people in intense psychological distress in a basic health unit: report of a resident psychologist

Acogida de personas en angustia psicológica intensa en una unidad básica de salud: relato de un psicólogo residente

Gabriel Cunha Darzé¹ 
 Gerfson Moreira Oliveira² 

¹Autor para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. gdarze30@gmail.com

² Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil.

RESUMO | INTRODUÇÃO: A principal porta de entrada para a saúde pública no Brasil é a Atenção Primária à Saúde (APS), que é essencial para o funcionamento do modelo de atenção psicossocial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **OBJETIVO:** Relatar as vivências de um psicólogo residente em Clínica da Pessoa e da Família, inserido no Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP), uma unidade básica de saúde docente-assistencial, no acolhimento de pessoas em Sofrimento Psíquico Intenso (SPI). A unidade de saúde fica localizada no Distrito Sanitário Pau da Lima (DSPL), um território repleto de vulnerabilidade social e escassez de espaços comunitários e de cuidados ampliados. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter qualitativo, sobre o acolhimento de pessoas em SPI no CCVP. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foi observado que o contexto do DSPL levou a uma sobrecarga do CCVP, e em especial dos profissionais da psicologia, no cuidado de pessoas em SPI. Apesar de exercer um papel importante no cuidado desses sujeitos, o CCVP enfrenta dificuldades na promoção da saúde mental, amparada pela perspectiva da atenção psicossocial. Entre os desafios observados destacam-se a fragmentação do cuidado, a dificuldade na articulação com outras unidades e a influência de modelos biomédicos ainda vigentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência de formação pelo trabalho em serviços da APS favoreceu o desenvolvimento de reflexões críticas sobre os desafios da atenção às pessoas em SPI e propiciou a elaboração de estratégias de cuidado possíveis que se aproximam dos princípios da clínica psicossocial no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária. Atenção Psicossocial. Residência Multiprofissional. Psicologia.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The main gateway to public health in Brazil is the Primary Health Care (PHC), which is essential for the functioning of the psychosocial care model proposed by the Sistema Único de Saúde - SUS (Unified Health System). **OBJECTIVE:** To report the clinical experience of the psychologist residing in the Person and Family Clinic, located in the Complexo Comunitário Vida Plena - CCVP (Community Complex Vida Plena), a teaching-care primary care unit in the reception of people in Intense Psychological Distress (IPD). The unit is in the Distrito Sanitário Pau da Lima - DSPL (Pau da Lima Sanitary District), a place full of social vulnerability and scarcity of community spaces and broad health care. **METHOD:** This is a qualitative experience report on the reception of people in IPD in the CCVP. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** It was observed that the context of the DSPL led to an overload of both the CCVP and the psychology professional, in the care of people in IPD. Despite playing an important role in the care of these subjects, the CCVP has difficulties in promoting mental health care, based on the perspective of psychosocial care. Among the challenges observed, the fragmentation of care, the difficulty in articulating with other units and the influence of biomedical models still in force are highlighted. **FINAL CONSIDERATIONS:** The experience of learning by work in PHC has fostered the development of critical reflections on the challenges of care for people in IPD and made possible the development of possible care strategies that approach the principles of a psychosocial clinic in the UHS.

KEYWORDS: Primary Care. Psychosocial Care. Residency. Psychology.

Submetido 18/04/2023, Aceito 17/10/2023, Publicado 04/12/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5203

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5203>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar, Martha Castro

Como citar este artigo: Darzé, G. C., & Oliveira, G. M. (2023).

Acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico intenso em

uma unidade básica de saúde: relato de um psicólogo residente.

Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 12, e5203. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5203>

org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5203



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La principal puerta de entrada a la salud pública en Brasil es la Atención Primaria de Salud (APS), que es esencial para el funcionamiento del modelo de atención psicosocial, propuesto por el Sistema Único de Saúde - SUS (Sistema Único de Salud). **OBJETIVO:** Reportar la experiencia clínica del psicólogo residente en Clínica de la Persona y Familia, insertado en el Complejo Comunitário Vida Plena - CCVP (Complejo Comunitario Vida Plena), unidad de atención primaria docente-asistencial, en la acogida de personas en Angustia Psicológica Intensa (API). La unidad está ubicada en el Distrito Sanitário de Pau da Lima (DSPL), territorio lleno de vulnerabilidad social y escasez de espacios comunitarios y de una amplia atención de la salud. **MÉTODO:** Se trata de un relato de experiencia, de naturaleza cualitativa, sobre la recepción de personas en API en el CCVP. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Se observó que el contexto del DSPL llevó a una sobrecarga del CCVP, y especialmente de lo profesional de psicología, en el cuidado de personas en API. A pesar de tener un papel importante en el cuidado de estas personas, el CCVP tiene dificultades en la promoción de la atención en salud mental, basada en la perspectiva de la atención psicosocial. Entre los desafíos observados están la fragmentación de la atención, la dificultad para articular las otras unidades y la influencia de los modelos biomédicos aún vigentes. **CONSIDERACIONES FINALES:** La experiencia de aprender por el trabajo en la APS ha favorecido el desarrollo de reflexiones críticas sobre los retos de la atención a las personas en API y ha propiciado la construcción de posibles estrategias de atención que aborden los principios de la clínica psicosocial en el SUS.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria. Atención Psicosocial. Residencia. Psicología.

Introdução

A principal porta de entrada para a saúde pública no Brasil é a Atenção Primária à Saúde (APS), operacionalizada principalmente, dentre os dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS), por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Quando se trata do cuidado em saúde mental no SUS, a APS configura-se como essencial para o acesso do sujeito-cidadão em Sofrimento Psíquico Intenso (SPI) aos cuidados básicos e atenção psicossocial estratégica nos diversos serviços de saúde, assim como de outros setores sociais, sendo ideal que este sujeito seja acolhido sem ser discriminado e recebendo o cuidado singular que necessita (Miranda et al., 2021).

O paradigma da atenção psicossocial, modelo de cuidado adotado pela política nacional de saúde mental no Brasil (Amarante, 2007), é um dos temas principais a serem aqui discutidos neste artigo. O contexto de realização do estudo é a cidade de Salvador, Bahia, mais especificamente o território-bairro de Pau da Lima, uma região periférica, localizado no Distrito Sanitário Pau da Lima (DSPL), que ostenta uma extensão territorial de 25,4 km² e uma população de 299.132 habitantes detectada no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), com uma rede de atenção que ainda necessita de maior investimento e qualificação para o acesso da população. Esta rede, que será descrita em maior detalhe no decorrer do artigo, conta com apenas cinco unidades da APS e um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

Diante deste cenário em saúde presente do DSPL, serviços complementares se fazem necessários. Dentre eles, a unidade básica de saúde docente-assistencial Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP) se destaca. O CCVP assiste uma parte da população que habita o bairro de Pau da Lima, ofertando atendimentos multiprofissionais como da área de medicina, nutrição, odontologia, serviço social, psicologia, fisioterapia e enfermagem, sendo as três últimas categorias profissionais associadas à Residência Multiprofissional em Clínica da Pessoa e da Família da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

No CCVP é ofertado à população, além dos atendimentos clínicos multiprofissionais, grupos de convivência e de educação em saúde, visitas domiciliares, cursos profissionalizantes e práticas integrativas e complementares em saúde, gratuitamente. O fluxo de agendamentos e cadastros se dava duas vezes na semana, podendo ser realizado excepcionalmente na recepção a qualquer dia e horário. Já o fluxo específico para os interessados em atendimento psicológico acontecia somente na recepção, num dia fixo a cada mês e com interrupção da marcação quando atingido o limite pré-estabelecido de usuários. Em relação às discussões clínicas, não existe uma reunião geral da equipe, apenas reuniões entre os núcleos, sejam eles de uma categoria técnica ou composto por várias categorias profissionais, e entre as gestoras da unidade. Tal descrição imprime a ideia de que se estabelece aí um amplo serviço de promoção à saúde em meio a um cenário que não consegue atender planejamento as necessidades de saúde mental da população que reside no DSPL, porém, ainda assim, muito do potencial desta unidade acaba não sendo aproveitado em sua totalidade. Diante dos processos desenvolvidos no serviço de psicologia do CCVP, fica evidente como são subaproveitadas as oportunidades de promoção de um cuidado em saúde mental ampliado, amparado pela perspectiva da atenção psicossocial.

Dentro do contexto apresentado, a experiência como psicólogo residente, foco deste artigo, acaba sendo extremamente rica em saberes, aprendizados, barreiras e desafios. Há um valor científico na escrita a partir da prática de profissionais do SUS, sendo uma história que carece de ser contada pelos seus personagens principais, muitas vezes ofuscados atrás dos indicadores numéricos (Endo, 2017). No caso da experiência do residente, trata-se de um relato ainda mais ansiado, sendo um espaço desejado por muitos profissionais da saúde.

No cuidado ao sujeito em SPI, uma rede bem articulada entre os dispositivos de saúde de um território é fundamental. Dentro do que é preconizado pelo [Ministério da Saúde](#) (2004a), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços estratégicos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades e um conjunto de outros equipamentos de saúde nos diversos níveis de atenção do SUS, em especial a APS e os Pronto Atendimentos (PA) psiquiátricos, executaria o cuidado longitudinal especializado das pessoas em SPI, estando esses pontos da rede em constante comunicação, além de preparados, tanto no aspecto técnico como estrutural, para acolher as demandas de saúde mental da população.

No artigo “Reforma Psiquiátrica na Bahia: desafios e (des)caminhos”, [Fornazier](#) e Delgado (2011) destacam um cenário que, diante do que foi experienciado e será relatado neste artigo, segue bastante atual. Seja pela quantidade reduzida de dispositivos de saúde mental, pela precariedade do vínculo empregatício dos técnicos, ou mesmo pela falta de apoio matricial dos serviços especializados à APS, a RAPS de Salvador encontra-se fragilizada, e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Pau da Lima (referência do território) não consegue matricular novos usuários, devido à falta de coordenação técnica e corpo técnico adequado à demanda dos usuários já matriculados, o que impacta no aumento da demanda reprimida com reflexos no cuidado às pessoas em SPI em unidades da APS. Diante da experiência de psicólogo residente, ainda amparada por experiências anteriores no cuidado em saúde mental do SUS, num CAPS Álcool e outras Drogas também da cidade de Salvador, formou-se uma visão crítica sobre diversas

consequências e estratégias de enfrentamento a tal realidade, nutrindo um potencial para discussão deste tema através de um relato de experiência.

O cenário do cuidado em saúde mental no território descrito é de circunstâncias enclausurantes. Inserido no CCVP, diversas vezes a equipe de saúde se pergunta: o que fazer? Sabemos que é papel da APS acolher casos de sofrimento psíquico leve, moderado e intenso, porém, nos casos graves não poder contar com o bom funcionamento da RAPS limita as possibilidades de ações de cuidado integral por parte da equipe. Assumir casos complexos de SPI, numa unidade de saúde docente-assistencial como o CCVP, com objetivos diversos além da promoção de saúde e acolhimento da dor emocional das pessoas do seu território, seria então uma resposta correta? O dilema ético do cuidado, pautado pelos princípios da atenção psicossocial, é apenas daquele que assina o prontuário das pessoas que dizem, por exemplo, não ver sentido na vida diariamente, sem apresentar-lhes uma alternativa prevista na Constituição? Ou é também daqueles que auditam os editais pleiteados por Comunidades Terapêuticas (CT) religiosas de modelo *neomanicomial*, em detrimento do investimento na RAPS e no que propõe o SUS sobre o cuidado daqueles que padecem com Transtornos Mentais Graves (TMG) ([Conselho Federal de Psicologia](#), 2018)? Afinal, aqueles que formulam também implementam as políticas, modificando-as e decidindo quais linhas traçar no cotidiano das suas práticas ([Feuerwerker](#), 2014).

Esse relato de experiência tem como objetivo mergulhar na vivência clínica do psicólogo residente em Clínica da Pessoa e da Família: suas faltas, suportes, inseguranças e ações. Esse artigo propõe uma busca por uma intercessão entre saúde mental, contexto social e APS, reflexões constantes pelos que pensam (e constroem) as propostas de cuidado em saúde mental no Brasil (Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002). Diante do cenário do DSPL, no que diz respeito a atenção à saúde mental, as pessoas com SPI nos desafiam a aprender fazendo o impossível, evitando o inevitável, se comunicando num telefone sem fio em que os ouvidos dos que precisam ser acionados já estão tampados.

¹ Projetos que reintroduzem o isolamento visto nas instituições totais, propondo a internação e permanência involuntárias, desrespeitando, assim, a liberdade dos cidadãos (CFP, 2017).

Metodologia

Esta é uma pesquisa qualitativa que tem como base metodológica o relato de experiência. Este método de estudo caracteriza-se como uma escolha científica que envolve produções subjetivas através de uma revisão bibliográfica narrativa e da escrita resultante da experiência do fazer profissional (Daltro & Faria, 2019).

Desta forma, o pesquisador se coloca como sujeito da pesquisa, na busca por uma construção e reconstrução de saberes e fazeres da sua prática. O potencial da escrita destas experiências passa também pela revisão dos fatos, permitindo a emergência e apreensão de conteúdos vivenciados (Endo, 2017).

De acordo com Endo (2017) a escrita científica do profissional do SUS, muitas vezes, é ofuscada pela cachoeira de demandas assistenciais, perdendo-se o valor científico da experiência e a valorização pessoal e profissional do técnico no seu lugar de reflexão crítica. Parte da proposta metodológica de um relato de experiência é a quebra de linhas divisórias neutralizadoras, tão presentes nas ciências ocidentais, entre trabalhador e pesquisador, funcionário e população, ciência e experiência (Endo, 2017; Santos, 1987).

Na construção desse trabalho partimos da perspectiva de que, em ciências humanas, todo conhecimento é também autoconhecimento, e, portanto, a experiência do pesquisador é também dado científico, passível de análise e investigação (Santos, 1987). O caminho adotado permite estabelecer relações entre produções anteriores e a experiência profissional do trabalhador-pesquisador, identificando temáticas recorrentes e apontando novas perspectivas, buscando, sempre, consolidar uma área de conhecimento (Daltro & Faria, 2019).

O processo de compreensão de que um fenômeno vivenciado é relevante a ponto de se tornar uma pesquisa é um tema importante também nesta perspectiva metodológica, por demonstrar o desejo do pesquisador. A emoção que move esse desejo revela a dimensão pessoal, e proveniente da prática de

cuidado, que reveste a investigação que virá a seguir, forjada por perguntas e percepções advindas do fazer profissional (Endo, 2017).

A experiência que será relatada é a de um psicólogo residente em Clínica da Pessoa e da Família (EBMSP/SESAB) no acolhimento de pessoas em SPI no ambulatório de psicologia do CCVP. O programa de residência conta com psicólogas(os), enfermeiras(os) e fisioterapeutas, inseridas(os) na atenção integral à pessoa em SPI também através dos cuidados prestados em visitas domiciliares e atendimentos ambulatoriais multiprofissionais no âmbito da clínica ampliada, atividade que acolhe casos complexos em todos os âmbitos da saúde biopsicossocial da pessoa e da família.

O período de atividades da residência no CCVP foi entre o mês de março de 2021 e o mês de novembro de 2022. Nos primeiros 12 meses as atividades giravam em torno de atendimentos ambulatoriais individuais e atividades multiprofissionais em grupos de convivência e atendimentos ambulatoriais. O fluxo do ambulatório de psicologia, principal espaço de contato do residente com pessoas em SPI, funcionava através de demandas espontâneas e encaminhamentos internos, passando por um espaço de escuta inicial com residentes e estagiários de psicologia e sendo encaminhados ao ambulatório de psicologia caso fosse identificada uma demanda para tal serviço. Nos últimos 9 meses das atividades da residência no CCVP os atendimentos ambulatoriais continuam, sendo a principal mudança a saída dos residentes dos grupos de convivência e a realização dos estágios externos.

A unidade docente-assistencial se localiza no DSPL, repleto de vulnerabilidade social, violência urbana e escassez de espaços comunitários e de cuidado amplo em saúde. No território adscrito pelo CCVP se mostra apenas uma pequena parte desta realidade, espalhada por todo o DSPL, tendo na experiência de estágio externo no CAPS II Pau da Lima uma oportunidade de ampliar o olhar a respeito do acolhimento de pessoas em SPI dentro do contexto do DSPL, sendo uma experiência também inserida neste trabalho.

Discussão

O início da residência se deu no ano de 2021, com a reabertura cada vez mais intensa do CCVP, e de todos os serviços da APS, após o período de fechamento devido à pandemia do COVID-19. Tal situação gerou uma demanda reprimida considerável, além de um processo de agravamento e surgimento de mais demandas em saúde mental por conta do estresse, do isolamento e sofrimento que vieram com a pandemia (Melo et al., 2020). Essa realidade foi logo percebida pelo Núcleo de Psicologia (NUPSI), quando as listas de acolhimento, disponibilizadas mensalmente na recepção do serviço, geravam filas e terminavam com cerca de 30 (trinta) pessoas inscritas, podendo ser ainda mais se o processo não fosse interrompido. Com a fragilidade da APS no DSPL, a população demandou atendimentos de psicologia no CCVP, como um rio que escoava para um vale, antes bloqueado por uma represa.

Vale destacar que, segundo a portaria 336 de 2002, um Distrito Sanitário (DS) como o Pau da Lima demanda 10 (dez) dispositivos de APS com equipes completas (Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002). Porém, atualmente apenas 5 (cinco) unidades de APS encontram-se no território deste DS, podendo-se afirmar, através da experiência da residência, que muitas delas encontram-se com equipes incompletas (Secretaria Municipal da Saúde, 2022). Tais unidades não cobrem o território de forma satisfatória, levando a uma população abandonada no seu cuidado em saúde, além de, em muitos casos, vivenciarem uma vulnerabilidade social intensa.

O fluxo de atendimento do NUPSI funcionava da seguinte forma: após recolhida a lista de interessados no serviço, era realizado contato telefônico com os interessados, agendado um horário de atendimento com escuta qualificada, realizado tanto pelos psicólogos residentes como pelos estagiários de psicologia, num turno de acolhimento chamado de *Espaço Cuidar*.

As demandas das pessoas que chegavam ao acolhimento de Psicologia, denominado pela equipe de *Espaço Cuidar*, eram diversas, variando em sua complexidade. Estes encaminhamentos eram realizados diante da percepção da equipe de uma demanda de sofrimento psíquico por parte de um usuário durante outras atividades do serviço.

A proposta era trabalhar na perspectiva da escuta e do acolhimento psicológico, das intervenções breves, e da psicoterapia breve. Além de serem intervenções psicológicas compatíveis com a APS (Fiorini, 2004), tinha como objetivo atender a rotatividade dos que acessavam este serviço e a resolutividade das demandas mais urgentes com a promoção da saúde mental de forma integral através dos outros serviços do CCVP, como, por exemplo, encaminhamento para outras categorias profissionais e os grupos de convivência e de educação em saúde. Porém, as demandas por vezes atravessavam um nível de complexidade que a intervenção psicológica breve não poderia abarcar. Diversos casos de comportamentos suicidas, conversões psicossomáticas, estresse agudo, isolamento social intenso e traumas severos decorrentes de lutos reais e simbólicos chegavam ao *Espaço Cuidar*, demandas de saúde mental também observados em outros serviços de saúde durante esse período (Greff et al., 2020). Tal perfil de paciente levou o NUPSI a flexibilizar a metodologia de atendimento, entendendo que, a partir do momento que o caso era acolhido, ele não poderia ser enquadrado numa abordagem que não lhe serviria, apenas por se tratar da estratégia preestabelecida pelo serviço.

Por vezes, em discussões internas do NUPSI, o grupo, composto por uma perceptora e quatro residentes, todas psicólogas (os), se questionava qual seria a alternativa. No DSPL há apenas um CAPS de médio porte caracterizado como CAPS II, ainda que o território demande um CAPS III, com equipe multiprofissional ampliada e capacidade de acolhimento noturno por um período de, no máximo, 15 dias. A ausência de equipamentos suficientes para atender a população em SPI frequentemente sobrecarrega a equipe do CAPS, que já estava aquém do ideal para atender as usuários já matriculados, e que no período relatado por esta experiência não estava fazendo novos acolhimentos, apenas matriciando os casos mais graves que chegavam às USF e UBS do DSPL, através de reuniões, capacitações e visitas domiciliares conjuntas. É importante destacar que essa dinâmica de matriciamento - arranjo organizacional que visa dar apoio técnico e formativo em saúde mental para equipes de atenção básica (Iglesias & Avellar, 2019) - não inclui o CCVP, por se tratar de um serviço complementar não vinculado à administração pública dentro da rede de saúde do território.

Diante da conjuntura da rede de atenção à saúde mental do DS Pau da Lima, não acolher as pessoas em SPI no CCVP seria se omitir, como profissionais, diante de uma pessoa em SPI, fosse com um TMG diagnosticado (com histórico de internação e acompanhamento psiquiátrico) ou uma pessoa que, no contexto da pandemia, tenha desenvolvido uma questão crônica de saúde mental diante do contexto sufocante que se apresentou.

Identificar que, para abarcar uma demanda contínua de uma população em sofrimento e vulnerabilidade, é necessário que um serviço docente-assistencial, inserido em um DS extremamente populoso, acolha, de forma quase irrestrita e solitária, casos graves de pessoas em SPI, leva a uma sensação de angústia e indignação. A malha de serviços do SUS está aquém do necessário, e um serviço complementar como o CCVP não pode sustentar isso. O desafio aumenta quando, no caso a caso, o NUPSI tenta fazer o melhor e esbarra nos limites do serviço e do território.

Remando contra a maré: entre a fragmentação e a integralidade do cuidado em saúde mental

Quando se trata de pessoas em SPI acolhidas no CCVP, o atendimento ambulatorial de Psicologia serve como um fio condutor, uma vez que é um serviço com atendimentos semanais e construção de um vínculo terapêutico mais forte. Além deste serviço, as pessoas em SPI têm a sua disposição o serviço de psiquiatria da unidade, gerido dentro das disciplinas do internato do curso de medicina da EBMSP. Tal gestão associada à atividade da graduação, ainda que importante para a consolidação do SUS como uma escola dos seus futuros profissionais, leva a diversas problemáticas, que limitam a qualidade do atendimento em saúde mental ofertado pela unidade, esbarrando na evolução clínica do paciente e na clínica exercida pelo residente.

Os atendimentos de psiquiatria no CCVP, muitas vezes, são realizados pelos internos de medicina em atividades curriculares no serviço. Orientados pelos seus preceptores, as abordagens, com frequência,

se mostram problemáticas quando referidas pelos pacientes nos atendimentos ambulatoriais de psicologia, e as condutas, medicamentosas ou não, afastadas da singularidade de cada caso.

Essa realidade leva à quebra da confiança do paciente neste serviço, algo também muitas vezes referido nos atendimentos ambulatoriais de psicologia, ou mesmo demonstrado pela má adesão medicamentosa e pelas constantes dúvidas a respeito do tratamento, que não conseguem sanar nas consultas psiquiátricas (André, 2016). Pacientes com impressões equivocadas sobre os tratamentos psiquiátricos medicamentosos são uma das principais barreiras para a adesão ao tratamento. Crenças como as de que o uso de um antidepressivo pode levar ao vício, ou de que um transtorno mental é, necessariamente, incapacitante, agravam o sofrimento psíquico e prejudicam a evolução do acompanhamento, e são narrativas comuns dentre os pacientes do NUPSI (Miranda et al., 2021).

Existem experiências exitosas na APS na busca por uma maior adesão medicamentosa psiquiátrica dos pacientes, como é o caso do projeto *Uma Dose de Atenção*, descrito por André (2016) como uma iniciativa com objetivo de humanizar o atendimento, estreitar o vínculo do usuário com a unidade e ajudar esses usuários e familiares no uso diário das medicações, através de atendimentos ambulatoriais e visitas domiciliares. Partindo dos princípios da reforma psiquiátrica, e dos princípios da integralidade e da equidade no cuidado em saúde, o movimento de atender às demandas particulares das pessoas em SPI visa uma atenção particular para cada sujeito, com o objetivo de viabilizar o convívio em sociedade deste grupo tão estigmatizado. Tal atividade poderia ser tomada como exemplo para aprimoramento do cuidado em saúde mental no CCVP.

A questão mais complexa no cuidado em saúde mental da pessoa em SPI no CCVP, no que tange o atendimento em psiquiatria, que afeta de forma mais marcante a experiência de formação do residente e a qualidade do cuidado em saúde mental ofertado,

está associada à falta de diálogo entre os profissionais médicos deste setor e os demais profissionais de saúde da unidade, destacando os psicólogos(as) residentes. Essa problemática se dá, primeiramente, pelos atendimentos psiquiátricos acontecerem num anexo diferente dos atendimentos da psicologia, dificultando os encontros e levando a uma cisão dos dois prontuários. As evoluções da psiquiatria, assim como as da ginecologia, ficam no anexo 5 (cinco), enquanto as de psicologia, assim como da maioria dos serviços ofertados pelo CCVP, ficam no anexo 2 (dois), unidade principal.

Na busca por uma perspectiva ampliada no olhar sobre a falha na oferta de um tratamento unificado em saúde mental no CCVP, é importante destacar que não há qualquer momento institucionalizado para discussão de casos entre os setores envolvidos no cuidado dos que estão em SPI e são atendidos no CCVP, sendo esses setores especialmente a psiquiatria e a psicologia, algo primordial para que se possibilite um cuidado embasado na perspectiva da atenção psicossocial e um aprendizado multiprofissional, buscando a desconstrução da fragmentação das ações em saúde, como previsto na descrição do programa de residência (Amarante, 1998, 2007; [Secretaria de Saúde do Estado da Bahia](#), 2020).

Na falta de um momento formal para discussão dos casos de SPI atendidos pelos serviços ofertados, cabe aos profissionais buscarem tal diálogo, se movimentando entre os anexos, fazendo a leitura dos prontuários e, quando possível, dialogando de fato uns com os outros. Por motivos que ultrapassam o que a experiência como psicólogo residente pode trazer de informação, os profissionais médicos desse setor, assim como os estudantes da graduação de medicina em estágio no CCVP, realizam pouco tal movimento, configurando como papel do residente fazer sozinho o que deveria ser conjunto, em busca do atendimento em saúde mental adequado ao sujeito que alcança ambos os serviços ofertados. Tal realidade reforça a percepção de uma verticalidade do *saber médico*, entendido por Foucault como uma distorção do *conhecimento* pela sua dimensão de ordem e poder,

representando uma herança daquilo que foi e segue sendo combatido pela reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 1998; Labate et al., 2008). Quando se trata dos outros profissionais do serviço que não estão inseridos na residência multiprofissional, a aproximação para discussão ainda é reduzida, havendo um ambulatório psicossocial coordenado por uma assistente social que visa essa discussão, porém, o espaço ainda é insuficiente para promover uma articulação interprofissional mais ampla em prol de um cuidado psicossocial longitudinal e resolutivo.

A equipe de residentes de psicologia faz, constantemente, leituras do prontuário da psiquiatria e busca, ainda que em atividade, encontrar com os profissionais médicos durante os seus turnos de atendimento e discutir minimamente os casos. Configura aí um movimento contra hegemônico de busca, através da micropolítica, por ações que possibilitem a construção de uma nova ética de trabalho dentro do CCVP (Foucault, 1986). Porém, essa realidade, embora legitimada pelos estudos sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato (Feuerwerker, 2014), está longe do ideal. O diálogo entre os setores que operam a saúde mental especializada no CCVP é uma demanda urgente que pode ser melhor trabalhada pelas equipes da unidade, e o movimento de mudança deve vir também da gestão.

Tal determinação de que a atenção aos detalhes que fazem diferença no cuidado deve atravessar o olhar de todos os envolvidos, direta e indiretamente, com a promoção de saúde ao usuário de um serviço público, não é apenas teórica, pois está incluída na Política Nacional de Humanização (PNH) (Ministério da Saúde, 2004b). O grau de responsabilização dos diferentes atores, além do diálogo e da troca de saberes entre os diferentes profissionais e setores são marcas da PNH. Envolver neste processo o usuário, seus saberes e anseios, e o fortalecimento do vínculo, não com um profissional, mas com os serviços e com a rede de cuidados como um todo, só é possível quando se compreende que há um caráter participativo em todas as instâncias do SUS, incluindo a gestão.

Sustentando uma grande estrutura de cuidado como a do CCVP, nos casos de SPI, está uma *clínica menor*, que busca romper os processos pré-estabelecidos, atentando para as pequenas saídas e as rápidas pausas com escutas atentas (Brasileiro & Barone, 2017). Pequenos encaminhamentos, acelerados para além do que seria a ordem de atendimentos estabelecidos, podem fazer toda a diferença para um sujeito em sofrimento quando o cuidado se quebra em setores que não se comunicam.

O conceito de *clínica menor*, que faz paralelo com a clínica esquizoanalítica de Deleuze e Guatarri, é trabalhado por Brasileiro e Barone (2017), também no contexto de uma residência, como a busca de um cuidado singular, que se desprende do normativo já padronizado, e tenta, no devir de cada diálogo e promoção de cuidado, atingir a maior potência de vida para a pessoa atendida. Esse é o desafio abraçado pelo psicólogo residente no CCVP em contato com pessoas em SPI, uma vez que as normativas clínicas prescritas pelo serviço não conseguem sustentar o cuidado nesta perspectiva.

Muito arco e pouca flecha: a escassez de alternativas para os encaminhamentos

Quando se trata do cuidado integral da pessoa em SPI, o atendimento ambulatorial, ofertado pelo NUPSI, pode sim ser extremamente importante na busca por uma evolução positiva e monitoramento desse tipo de caso, pelo seu caráter semanal e de criação de vínculo. Porém, tal terapêutica se mostra insuficiente na maioria dos casos desse grau de complexidade.

No modelo de atenção psicossocial, os grupos terapêuticos, voltados para pessoas com demandas em saúde mental semelhantes, e até mesmo os grupos de convivência, visando a criação de vínculo e pertencimento entre pares, são *carro chefe* do cuidado de pessoas em SPI. Segundo a Portaria nº 336/GM, de 2004, os atendimentos são realizados predominantemente em grupos no modelo de atenção psicossocial, pelo intercâmbio inédito que o grupo proporciona a seus integrantes, possibilitando a coconstrução criativa de novos modos de relação (Ministério da Saúde, 2002, 2004a).

Dentro do CCVP, o *cardápio* de grupos de convivência é vasto, havendo inclusive um grupo voltado para pessoas em sofrimento psíquico, porém, as pessoas atendidas pelo NUPSI em SPI, em especial as que tem diagnósticos de TMG, costumam não ter interesse em frequentar tais grupos, por acreditarem que serão expostas diante de outros membros da comunidade. Tal fenômeno pode ser compreendido através da noção do estigma que carrega a pessoa em SPI, como louca, improdutiva, perigosa e imprevisível (Goffman, 2001).

Não havendo no CCVP um grupo terapêutico direcionado para pessoas em SPI, a abertura dessas para os grupos disponíveis é difícil de conseguir. Vale dizer também que o modelo destes grupos não favorece o cuidado de pessoas em condições mais graves de saúde mental, por se tratar de grupos grandes e, assim como a grande maioria das atividades no CCVP, conduzido por internos de medicina, ainda que supervisionados por psicólogos(os).

A resistência das pessoas em SPI em habitarem espaços comunitários abertos ao público, como no caso dos grupos de convivência ofertados pelo CCVP, denota a fragilidade do processo de educação em saúde da população e o baixo empoderamento destas pessoas quanto ao seu estado de saúde mental. Em diversos casos acompanhados no ambulatório de Psicologia, se trabalha estas questões, incentivando a disponibilidade destes pacientes para frequentarem os grupos comunitários ofertados, em especial o grupo de Práticas Integrativas Complementares (PIC's) e o grupo com foco na saúde mental, havendo também o grupo para idosos, grupo com foco em pessoas com doenças crônicas, dentre outros.

Em um caso emblemático, o paciente referia *vergoonha* de frequentar ambiente comunitários no bairro de Pau da Lima por ter *dado crise* no território, diante da população com a qual convive hoje. Este foi o primeiro paciente acolhido por mim no ambulatório de Psicologia. Sua resistência para o processo psicoterapêutico era notável, embora fosse assíduo e adepto às medicações psiquiátricas. Vindo de uma internação traumática decorrente de uma crise desencadeada por diversos lutos, esse paciente, que fazia uso

abusivo de álcool, se manteve abstinência durante todo o seu período de acompanhamento. A resistência para frequentar o grupo ofertado pelo CCVP se manteve, mas, através de uma constante cobrança por uma postura mais desejante e livre dentro e fora da psicoterapia, o paciente passou a encontrar motivações em sua família e na sua própria história de mudança.

O sentimento de vergonha no contexto da saúde mental pode ser analisado como agravante do sofrimento psíquico, através do conceito de humilhação social, de [Gonçalves Filho](#) (1998), descrito como uma angústia despertada pela discriminação social que não pode ser, simplesmente, enfrentada à medida em que é sentida, levando a uma paralisação e rebaixamento do ego do sujeito. Porém, essa mesma vergonha pode suscitar uma motivação para mudança, um fortalecimento de uma nova identidade, que critica o seu próprio passado sem negá-lo, e, portanto, pode vivenciar o seu presente sem medo ([Alzuguir](#), 2014). Esta é uma das grandes lutas do projeto de cuidado em atenção psicossocial, que não anseia por soluções totais ou serviços especializados que buscam abarcar as demandas dos sujeitos em SPI, mas que trabalha na construção de uma sociedade inclusiva e possibilita um *louco* em exercício pleno da sua cidadania.

A atualidade do processo de reforma psiquiátrica, luta pelo modelo da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade das pessoas em SPI no Brasil nos impele a olhar para trás. Ainda na III Conferência Nacional de Saúde Mental ([Conselho Nacional de Saúde](#), 2002) se tinha a clareza de que a implementação de uma nova política territorializada em saúde mental deveria ser prioridade em todo o país, tendo como objetivos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. Mais fácil falar do que fazer, hoje o Brasil caminha para a sua V Conferência Nacional de Saúde Mental, e o mapa dos serviços de cuidado longitudinal como a APS e a RAPS está muito a quem do desejado, ao menos no DSPL, e quando se fala em inclusão e educação em saúde para que se conviva com a *loucura* de forma harmônica, ainda se tem um longo caminho a percorrer.

Ainda que com a compreensão de que, no modelo substitutivo proposto pela reforma psiquiátrica brasileira, a pessoa em SPI possa acessar a APS, dentre outros espaços comunitários e setores da saúde, diante do cenário inscrito no CCVP nos resta olhar para fora. Como já foi exposto anteriormente, o CAPS II Pau da Lima, no período de realização desta experiência não estava matriculando novos usuários, sendo esse o serviço de referência disponível para encaminhamento externo destes pacientes dentro do DSPL. O CAPS segue a perspectiva da atenção psicossocial, e, portanto, oferta grupos terapêuticos que promovem a identificação entre pares que propicia a evolução positiva do sujeito em SPI ([Ministério da Saúde](#), 2004a).

No período de 11 (onze) semanas, dentro da residência, em que o(a) residente frequenta o CAPS II Pau da Lima, dispositivo almejado para encaminhamento dos sujeitos em SPI atendidos no CCVP, ocorre uma desmistificação deste serviço como capaz de solucionar a questão que nos propomos a discutir neste artigo. É presente na fala e postura dos Técnicos de Referência (TR) a sobrecarga e a incapacidade de sustentar a demanda de um DS tão amplo com apenas um CAPS, que no momento estava carente de TR e sem coordenação técnica. O trabalhador, nessas circunstâncias, carrega, mais do que nunca, os estigmas apregoados historicamente ao SUS, como precário, insuficiente e falho, levando a um embotamento afetivo e desejo de distanciamento do outro que demanda ([Endo](#), 2017). Vale destacar que, durante esse período de 11 (onze) semanas, os servidores municipais de Salvador realizaram diversas paralisações e protestos em busca de reajuste salarial.

A escassez de alternativas nos provoca um sentimento de desconforto, sabendo que é possível, num atendimento, visualizar uma piora no quadro do paciente e não ter o aporte necessário do SUS, e do serviço em questão, para lidar com as situações clínicas e as demandas de sofrimento deste. A orientação dada aos familiares dessas pessoas em situações de crise em saúde mental, por exemplo, é de levá-los a PA

psiquiátricos, sendo uma orientação seguida por eles diante da falta de alternativa e exaspero frente à crise. Embora a internação seja uma possibilidade em situações muito específicas, tal circunstância, muitas vezes, leva o residente a corroborar com uma lógica manicomial, ainda que essas sejam internações de curto período. Quando há investimento nas redes de cuidado territorial e alinhadas com o movimento de reforma psiquiátrica, a frequência de internações em PA psiquiátricos diminui (Miliauskas et al., 2019), e a proporção inversa se comprova na experiência posta aqui em reflexão.

Antecipar as marcações com a psiquiatria no CCVP, em especial quando se entendia que as medicações não estavam adequadas ao momento da pessoa, também era uma estratégia utilizada pelos membros do NUPSI diante da escassez de alternativas para o cuidado em saúde mental de pessoas em SPI. Levando em conta as emoções que emergem no reconhecimento da realidade do cuidado da pessoa em SPI no CCVP, é importante compreender que a reprodução de um trabalho prescritivo e burocrático ocorre com muitos profissionais, em momentos de cansaço, tensão ou resistência diante da necessidade ou inevitabilidade de um investimento afetivo (Oliveira & Daltro, 2021). Porém, percebe-se no NUPSI um foco na terapêutica medicamentosa como recurso para tratar o sofrimento emocional, movimento ainda comum na atualidade da atenção à saúde mental e criticado pelos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial (Santos et al., 2023).

Diante da realidade vivenciada faz-se impossível não clamar o que se clama em uníssono entre os profissionais de saúde que trabalham na saúde pública: um maior investimento do Estado nas redes de cuidado previstas na constituição, neste caso a RAPS e a APS.

Apesar dos pesares: os aprendizados e resultados do cuidado do sujeito em SPI no CCVP

As situações limites são diversas, e a forma ideal de enfrentamento não se anuncia de imediato no cuidado de sujeitos em SPI no CCVP. Sob múltiplas pressões, muitas vezes o cuidado ampliado necessário, nesta experiência, apareceu no contato direto com familiares e pacientes, atendidos no NUPSI, em momentos de crise. Em diversas situações foi necessário renunciar às orientações do serviço de não utilizar

telefones pessoais para realizar contato com estes, e assim se conquistar confiança e a possibilidade de, com o vínculo, manejar crises que, sem esse contato, teriam outros desfechos.

Em outro caso marcante, o usuário, que já vinha de um acompanhamento anterior com outra residente, retornava ao ambulatório com queixas de crises graves de euforia. Durante o acompanhamento, atravessou vales depressivos intensos, ideações e planejamentos suicidas, tendo sido desafiador acompanhá-lo nesses momentos sem a estrutura de rede adequada, fosse no CCVP ou mesmo no SUS.

Para cuidar deste usuário dentro de um modelo ambulatorial semanal, o contato telefônico direto se tornou uma ferramenta importante para o fortalecimento do vínculo e continuidade, ainda que volátil, do seu desejo de vida. Em momentos em que precisou ser internado em unidades de internamento psiquiátrico, foi feita a contrarreferência com a unidade, além de contatos telefônicos e atendimentos com a genitora, entendendo que a mesma também se encontrava em sofrimento. Atualmente essa pessoa segue em sofrimento, e a desvinculação se torna um problema. Diante da falta de estrutura e planejamento, o afastamento de um profissional que tem sabidamente um vínculo temporário, como é o caso do residente, acaba por desamparar um paciente, pois essa desvinculação não foi devidamente executada.

O manejo clínico ambulatorial em casos de SPI, testado constantemente, acabou sendo muito importante no desenvolvimento de competências para qualificação do cuidado. Fazendo uso de técnicas de contenção simbólica, manejo de estresse, condução da transferência e meditação guiada (Fiorini, 2004; Lipp, 1998), o psicólogo residente teve a oportunidade de crescer diante do desafio, e assim conseguir bons resultados no acompanhamento psicossocial das pessoas, ainda que sem conseguir ofertar o cuidado ampliado necessário ou ter à disposição os dispositivos do SUS especializados em atenção psicossocial.

No cuidado de pessoas em SPI, a APS tem um papel de extrema importância no acesso à saúde, monitoramento e construção de vínculo longitudinal com o sujeito. Nesse sentido, o CCVP cumpre, no restrito território que atende, o papel da APS diante das necessidades de cuidado em saúde mental dos usuários

em SPI, uma vez que esta rede se encontra fragilizada no DSPL (Miranda et al., 2021). Seja nas consultas no ambulatório de psicologia, no ambulatório multiprofissional e/ou de grupos ofertados na unidade, é visível como o CCVP, ainda que apresente dificuldades na integralidade da atenção psicossocial, opera em favor do cuidado desta população.

A criação e manejo do vínculo é uma das tecnologias leves de absoluta importância na APS. Para construir o vínculo é essencial não apenas acolher as demandas do sujeito que busca cuidado, mas saber encaminhá-lo e assisti-lo dentro de uma equipe multiprofissional, entendendo-o como um ser multidimensional e o profissional como a ponta de um sistema que deve estar pronto para acolher (Miranda et al., 2021). Dentro da dinâmica do CCVP a pessoa e sua queixa, por vezes, são fragmentadas, fazendo do encaminhamento, e até mesmo do atendimento, um ato burocrático, afastando o cuidado ofertado do que é mais resolutivo e respaldado na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Na experiência do residente, transitando do lugar de profissional ao lugar de estudante diariamente, é inevitável sofrer com os ressentimentos e frustrações da realidade que se impõe. A residência não é exatamente como se sonha ou falam por aí, e é importante entender os limites de cada um dentro do seu processo, sem perder de vista os *vaga-lumes*, metáfora utilizada por Brasileiro e Barone (2017) para descrever o que se aprende e vivencia neste lugar tão almejado. Para enxergar e ainda assim atravessar os cuidados burocráticos e o ranço assistencial, construindo um texto reflexivo em meio a tudo isso, foi preciso um residente em sua circunstância favorável de ocupar ambos os espaços de profissional e estudante. Os aprendizados são muitos, e justamente por isso não se pode fechar os olhos para a fragmentação do cuidado e sua execução de forma burocrática e prescritiva por diversos profissionais ali inseridos.

Os limites de uma unidade docente-assistencial não desaparecem no CCVP, levando o(a) usuário(a), muitas vezes, a uma crença de que o atendimento a ele ofertado é como um favor, diante da desassistência em outros territórios do mesmo DS. Apesar desta autocrítica ser superficial dentro do CCVP, a APS do DSPL poderia evoluir muito em sua atividade e cobertura se espelhando no que é ofertado por esse serviço. Da mesma forma, o (a) residente leva consigo um aprendizado do que se pode fazer, flexibilizar e potencializar no cuidado da população que está na busca por promoção à saúde (Foucault, 1986).

Além dos atendimentos ambulatoriais diversos e dos grupos de convivência, vale destacar que, no cuidado ao sujeito em SPI, existe uma atividade executado pelo (a) residente multiprofissional que incorpora o papel de monitoramento e cuidado em saúde integral deste, que é papel da APS (Miranda et al., 2021). A clínica ampliada, apesar de não ser uma atividade voltada somente para pessoas em SPI, atende também tais demandas, buscando, através de atendimentos ambulatoriais e visitas domiciliares compartilhadas entre as categorias profissionais presentes na residência, a percepção do modo de vida destes sujeitos, seu acolhimento nas dimensões biopsicossociais, e a possibilidade de se fazer orientações e encaminhamentos mais adequados diante das singularidades de cada caso. Como mencionado anteriormente, o residente sustenta uma clínica menor em seu ambulatório, e é em atividades como a clínica ampliada que aprendemos formas de fazê-lo (Brasileiro & Barone, 2017).

Essa atividade multiprofissional conta com a supervisão de uma médica com vasta experiência profissional, além de uma enfermeira do serviço, sendo um espaço de rica aprendizagem para os(as) residentes. Como principal aprendizado retirado desta atividade, emerge a compreensão de que, para promover saúde nesse contexto é necessário maleabilidade, abraçando a micropolítica e o vínculo (Silva et al., 2016).

Considerações finais

Esse trabalho finaliza um processo de aprendizagem desafiador, complexo e multifacetado, tendo sido de extrema importância para revisitar os sentimentos e pensamentos que emergiram durante a especialização e potencializar o crescimento profissional e acadêmico do residente, olhando os *vaga-lumes* e os *ouvidos tampados* de uma outra forma. A escolha da metodologia de relato de experiência foi vital para tal resultado, levando a um progresso de maturidade diante da vivência de trabalho, além de uma oportunidade de buscar sentido nos desafios, levando a críticas embasadas e propostas que ficam como principais resultados, não apenas deste artigo, mas da experiência da Residência Multiprofissional em Clínica da Pessoa e da Família (EBMSP/SESAB).

Tendo sido citado diversas vezes neste texto, o sentimento de angústia do residente inserido no CCVP e no DSPL sufoca, especialmente diante da falta de alternativa para tratamento e acompanhamento conjunto dos pacientes em SPI. Dito isso, acredita-se que o trabalho realizado foi de extrema relevância, pois apesar das dificuldades e dos potenciais não aproveitados, o acolhimento das pessoas em SPI promoveu saúde e amparo essencial para a população do bairro de Pau da Lima.

Faz falta um espaço institucionalizado de discussão da equipe multiprofissional, em especial da equipe especializada em saúde mental no CCVP, ao menos para tratar da evolução clínica das pessoas acompanhados de forma conjunta pela equipe. Essa é uma questão que precipita a desvinculação e má adesão ao cuidado por parte dos usuários, dentre outros problemas que dificultam a eficácia do acompanhamento longitudinal ofertado no serviço. Para provocar tal mudança interna no serviço, a própria apresentação deste artigo como Trabalho de Conclusão de Residência, assistida por profissionais da unidade, foi o movimento que se entendeu possível, havendo inclusive perspectivas de mudanças a partir das reflexões apresentadas.

Quando se trata do DSPL, o *gatilho* para a angústia do residente vem dos *ouvidos tampados* dos dispositivos existentes, que já estão sobrecarregados e que, portanto, não acolhem nem os pacientes nem as demandas dos residentes. Indo mais a fundo, pode-se perceber nos gestores, que mantêm a malha de atenção psicossocial disponível muito aquém do ideal

previsto na Portaria nº 336, de 19 de fev. de 2002, uma responsabilidade que precisa ser cobrada com maior confiança pelos que discutem o tema, buscando aliviar a sobrecarga de trabalho e de obrigação dos profissionais do SUS diante da inefetividade deste que é o sistema de saúde pública brasileiro, ainda mais com o crescimento de dispositivos asilares e *neomanicomias* como as Comunidades Terapêuticas, que recebem financiamento estatal.

O processo de escrita reflexiva propiciado pelo lugar de residente que escreve um relato de experiência possibilitou, ainda, que se ultrapassasse o sentimento de angústia, entendendo a complexidade intersectorial do que se propõe como atenção psicossocial no Brasil. Não há sistema que opere, ainda que de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, e sustente o que este conceito almeja para o cuidado em saúde mental. Trata-se de uma demanda social e política, que compreende a vulnerabilidade social como foco, o preconceito diante do sujeito em SPI como catalisador deste, e a desassistência como fato e consequência deste contexto. Faltam mãos que apoiem, mas elas jamais serão onipresentes, e a reforma psiquiátrica sempre soube disso.

Como saldo desta reflexão tão profunda sobre os dois anos como residente, em contato com pessoas em SPI, se tem um grande repertório de *clínicas menores*, impulsionadas pelo desejo de fazer brilhar os *vaga-lumes* aos olhos do outro. Dentro do NUPSI há uma busca por diálogo e transformação na maneira como a pessoa em SPI tem seu cuidado executado no CCVP e no DSPL. No manejo clínico, assim como no que tange os encaminhamentos possíveis, os psicólogos residentes, junto à coordenação do NUPSI, buscam atingir um cuidado longitudinal consonante com os princípios da atenção psicossocial, e a percepção de que esta atitude precisa permear outros espaços é uma conclusão que se tira deste artigo. Seja profissional da assistência, gestor ou sujeito do cuidado, no contexto da saúde, é preciso, por vezes, lutar contra o que está imposto e lidar com o humano de forma direta e diária, encontrando no cotidiano aquilo que pode ser melhorado em todas as etapas do cuidado, exercendo a micropolítica desde a raiz, para que o fruto possa crescer sem despencar.

Cabe aos profissionais inseridos na luta diária que é o SUS, em especial na APS e na RAPS, enfrentar esta luta com as armas que têm: da clínica, do afeto e do vínculo

diante do sofrimento do outro, mas também da política e da micropolítica, produzindo reflexão, indignação e mudança, ainda que a passos curtos, contra a lógica biomédica prescritiva, costurando os cuidados fragmentados historicamente, em busca do que se entende e se constrói coletivamente por atenção psicossocial.

Contribuições dos autores

Oliveira, G. M. participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, reflexão teórica e prática e redação do artigo científico. Darzé, G. C. participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, reflexão teórica e prática e redação do artigo científico.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Alzuguir, F. V. (2014). A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres “alcoólatras”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 11–29. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100002>
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4a ed.). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413685>
- Amarante, P. (Coord.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413357>
- André, F. D. (2016). Uma Dose de Atenção: projeto de humanização aos usuários do serviço de Saúde Mental na Atenção Básica. *Boletim do Instituto de Saúde*, 17(Suppl.), 39–42. <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34856>
- Brasileiro, B. G. L., & Barone, L. R. (2017). Residência Integrada em Saúde: entre experiências e ressentimentos, os vagalumes. In A. A. Ferla, C. M. F. Rocha, A. P. Fajardo, D. Dellegrave, E. Rossoni, V. L. Pasini, & R. G. Sonaglio (Org.), *Residências e a Educação e Ensino da Saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho* (pp. 28–36). Rede Unida. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/residencias-e-a-educacao-e-ensino-da-saude-pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas – 2017*. Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal. <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>
- Conselho Nacional de Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf

- Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223–237. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>
- Endo, T. C. (2017). *Sofrimento psíquico à margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica*. Zagodoni
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Rede Unida.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e Técnica de Psicoterapias*. Martins Fontes.
- Fornazier, M. L. & Delgado, R. C. (2011). Reforma Psiquiátrica na Bahia: desafios e (des)caminhos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 412–431. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n2.a315>
- Foucault, M. (1986). *Microfísica do Poder* (R. Machado, Trad.). Edições Graal. (Texto original publicado em 1978).
- Goffman, E. (2001). A Carreira Moral do Doente Mental. In E. Goffman. *Manicômios, Prisões e Conventos* (pp. 109–143). Editora Perspectiva.
- Gonçalves Filho, J. M. (1998). Humilhação Social: um problema político em psicologia. *Psicologia USP*, 9(2), 11–67. <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/107818>
- Greff, A. P., Melo, B. D., Lima, C. C., Pereira, D. R., Alves, E. G. R., Cornejo, E. R., Motoyama, E. P., Seperloni, F., Pessoa, G., Avanci, J. Q., Scavacini, K., Cescon, L. F., Cacciaccarro, M. F., Souza, M. S., Magrin, N. P., & Silva Filho, O. C. (Orgs.). (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia covid-19*. Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41420>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1247–1254. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
- Labate, B. C., Goulart, S. L., Fiore, M., MacRae, E. J. B. N., & Carneiro, H. (Orgs.). (2008). *Drugas e Cultura: novas perspectivas*. Edufba. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16166>
- Lipp, M. E. N. (1998). *Relaxamento para todos: controle o seu stress*. Papirus.
- Melo, B. D., Pereira, D. R., Serpeloni, F., Kabad, J. F., Kadri, M., Souza, M. S., & Rabelo, I. V. M. (Orgs.). (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações gerais*. Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40748>
- Miliauskas, C. R., Faus, D. P., Junkes, L., Rodrigues, R. B., & Junger, W. (2019). Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1935–1944. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>
- Ministério da Saúde. (2002). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Secretaria Executiva. <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004a). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2004b). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>

- Miranda, P. I. G., Amaral, J. V. Sales, J. C. S., Júnior, F. J. G. S., & Costa, A. P. C. (2021). Ações realizadas na atenção primária à saúde às pessoas com transtorno mental: revisão integrativa. *Revista Rene*, 22, e60496. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260496>
- Oliveira, G. M., & Daltro, M. R. (2021). Cuidar, trabalhar e pesquisar na saúde mental: relato de “um homem em tese”. *Saúde em Redes*, 7(Suppl. 2). <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p265-277>
- Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Santos, B. S. (1987). *Um Discurso Sobre as Ciências*. Edições Afrontamento.
- Santos, J. C. G., Cavalcante, D. S., Vieira, C. A. L., & Quinderé, P. H. D. (2023). Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33010. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333010>
- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. (2020). *Processo seletivo unificado para residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional) - Edital N° 001/2020*. http://www.fundacaocefetbahia.org.br/sesab/eesp/2021/residencia/edital_residencia_001_2020.pdf
- Secretaria Municipal da Saúde. (2022). *Distrito Sanitário Pau da Lima*. <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#1463073963122-f4366c3c-70e5>
- Silva, A. B., Pinho, L. B., Olschowsky, A., Siniak, D. S., & Nunes, C. K. (2016). O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(Esp.), e68447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68447>