



Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Departamento de Psicologia

Bacharelado em Psicologia

Alice de Fatima Veras de Almeida Brito

**CAMINHOS FORMATIVOS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
RELATO DE EXPERIÊNCIA NA REDE DE JOÃO PESSOA**

João Pessoa

2023

Alice de Fatima Veras de Almeida Brito

Caminhos formativos da Psicologia na Atenção Primária à Saúde: Relato de experiência na rede de João Pessoa

Trabalho de Conclusão de Curso realizado sob orientação do Prof. Dr. Anselmo Clemente e apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

João Pessoa
2023

Caminhos formativos da Psicologia na Atenção Primária à Saúde: Relato de experiência na rede de João Pessoa

Alice de Fatima Veras de Almeida Brito

Banca examinadora:

Prof. Dr. Anselmo Clemente (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba

Prof.^a. Dr.^a. Maria de Lourdes de Farias Pontes
Universidade Federal da Paraíba

Psicóloga Symone Alves da Silva
Centro Universitário de João Pessoa

AGRADECIMENTOS

Uma pessoa é feita de muitas mãos, assim como um psicólogo é feito de muita gente, sendo assim, do jeito que é, não poderia dizer jamais que esse trabalho é somente meu. Esse trabalho é feito da minha mãe, que antes de tudo me colocou no mundo, me cuidou e me apoiou em tudo que eu me propus a realizar. Esse trabalho é feito do meu pai, que mesmo com sua cabeça dura, fez de tudo para que eu tivesse meios de iniciar, desenvolver e concluir a minha formação.

Esse trabalho é também da minha irmã, minha pessoa nesse mundo, que me aceita, me acolhe e ajuda a dar luz a todos os caminhos que eu venho querendo percorrer, sem ela não teria sido possível. Assim como sem o restante da minha família, quero que cada um de vocês se faça parte desse trabalho, mas não posso deixar de citar minhas tias Concita, Cocota, Mundinha e meu tio Marlon, os quais sempre fizeram de tudo para que eu tivesse uma educação de qualidade. Afirmo também minha gratidão ao meu avô Honorato, que já me ensinou tantas coisas nessa vida que eu nem sei se algo seria capaz de se dar sem a presença dele em mim.

Se um psicólogo é feito de muitas mãos, também somos feitos das mãos de muitos outros psicólogos, por isso devo dizer pra mim da importância de alguns. Meu orientador Anselmo, que me abriu os olhos para uma clínica tão ampliada quanto eu pudesse ver, se fazendo presente nos processos de cada uma dessas descobertas de fazer psicologia na saúde pública. Minha supervisora e eterna tutora do PET-Saúde Symone, que me ensinou muito do que eu sei sobre como se faz psicologia no cotidiano do SUS. Minha professora e orientadora de monitoria Sandra Souza, que fez crescer em mim a curiosidade pela existência humana, até mesmo pela minha própria, e me ensinou diariamente no tempo que convivemos sobre o que é olhar para o outro. Minha professora Marisia, que foi a primeira a me abrir os horizontes para uma clínica Para além da Psicologia Clássica. Desejo ainda que esses agradecimentos se estendam a todos os meus professores da graduação e aos profissionais de saúde com quem convivi nos dois últimos anos na USF em que atuei, sem vocês eu saberia muito menos do que sei agora. Tal como aos meus colegas de projetos acadêmicos, com os quais tive muitas trocas ricas.

Por último, mas jamais de importância menor, esse trabalho é feito de todos os meus amigos que estiveram comigo antes, no decorrer e após esse percurso de graduação, muitas vezes vocês foram responsáveis por me fortalecer e fazer com que fizesse sentido. Meu amigo Ciro, que foi o primeiro a me incentivar na mudança para João Pessoa e me dar a mão nesse processo de viver em uma nova cidade. Meus amigos João Victor, Bia, Isadora, Yasmin e Giovana que mesmo distantes se fizeram presentes. Minhas amigas Livia e Clarice que sempre me deram colo e me fortaleceram ao longo dessa caminhada. Meus amigos Marcos e Sabrina, que foram tão importantes nessa construção da Psicóloga e da pessoa que me tornei, me ensinando a “me criar só” junto. E meus

amigos e companheiros de lar, Victor, Laura, Wírnia e Leticia que nos últimos meses foram a companhia dos meus dias e por vezes o alívio dos dias difíceis.

Muitos mais estão aqui sem que, no entanto, estejam seus nomes.

*“A maioria das doenças que as pessoas têm
São poemas presos.
Abscessos, tumores, nódulos são palavras
Calcificadas,
Poemas sem vazão.
Mesmo cravos pretos, espinhas, cabelo encravado.
Prisão de ventre poderia um dia ter sido poema.
Mas não.
Pessoas às vezes adoecem da razão
De gostar de palavra presa.
Palavra boa é palavra líquida
Escorrendo em estado de lágrima.”*

- Viviane Mosé

RESUMO

INTRODUÇÃO: Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser uma possibilidade de atuação para o Psicólogo, através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); dentro deste Núcleo está o Apoio Matricial (AM) como uma das ferramentas fundamentais para sua organização e qualificação da APS. Tanto a ESF quanto o NASF constituem-se enquanto equipes multiprofissionais, que buscam superar o modelo fragmentado de assistência à saúde. Diante disso, propõe-se uma perspectiva interprofissional de Educação e Trabalho, a fim de formar profissionais qualificados para esses serviços. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do percurso formativo de uma estudante de Psicologia nas práticas de estágio em uma Unidade de Saúde da Família (USF), com o aporte teórico do AM e da Educação Interprofissional (EIP). **METODOLOGIA:** As atividades descritas neste artigo dizem respeito a um estudo qualitativo do tipo relato de experiência, no qual buscamos refletir acerca das práticas desenvolvidas durante um ano na APS do município de João Pessoa. Como principal fonte de dados foram utilizados os diários de campo da autora. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram desenvolvidas ofertas de Apoio às Equipes de Referência (ER) do serviço, em uma perspectiva de ampliação da clínica e não reprodução das práticas hegemônicas da Psicologia Clássica na APS; e um trabalho em equipe realizado a partir dos princípios e das competências colaborativas da EIP. **CONCLUSÕES:** O percurso formativo apresentado neste relato permite ressaltar a importância de uma perspectiva interprofissional de formação para o SUS e a defesa por um modelo de assistência baseado na integralidade do cuidado e na clínica ampliada.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Atenção Primária à Saúde. Educação Interprofissional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: After the creation of Sistema Único de Saúde (SUS), precisely in Estratégia de Saúde da Família (ESF), Atenção Primária à Saúde (APS) became a possibility to psychologists develop their work, through the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); which has inside of it Apoio Matricial (AM) as a fundamental tool regarding its organization and APS qualification. Either ESF and NASF constitute themselves as a multidisciplinary team, which aims to overcome the fragmented model of health assistance, considering this, an interprofessional perspective of Education and Work is proposed targeting to train qualified professionals for these services.

OBJECTIVE: Report the experience lived into the formation process of a psychology student during curricular practical activities in an Unidade de Saúde da Família (USF), theoretically based on AM and Educação Interprofissional (EIP).

METHODS: Activities reported in the present work regard to a qualitative study in a experience report model, which aimed to reflect about practices developed during one year in APS of João Pessoa. The main data source was author's field diary.

RESULTS AND DISCUSSION: There has been developed support offers to service's Equipes de Referência (ER), in a perspective of clinical ampliation and not reproducing psychology's hegemonical practices in APS; and a collaborative work conducted through EIP's principles and competences.

CONCLUSIONS: Formation process reported in the current work ables to reinforce the importance of a interprofessional formation perspective to SUS and the defense of a assistance model based on caring integrality and expanded clinic.

KEYWORDS: Psychology. Primary Health Care. Interprofessional Education.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), especialmente de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), la Atención Primaria de Salud (APS) se convierte en una posibilidad de acción para los Psicólogos, a través del Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF); Dentro de este núcleo se encuentra el Soporte Matricial (MA) como una de las herramientas fundamentales para su organización y calificación de la APS. Tanto la ESF como la NASF son equipos multidisciplinarios que buscan superar el modelo fragmentado de atención en salud, por lo que se propone una perspectiva interprofesional de Educación y Trabajo, con el fin de formar profesionales calificados para estos servicios. **OBJETIVO:** Relatar la experiencia del camino formativo de un estudiante de Psicología en prácticas de pasantía en una Unidad de Salud de la Familia (USF), con el apoyo teórico de la AM y la Educación Interprofesional (IPE). **METODOLOGÍA:** Las actividades descritas en este artículo se refieren a un estudio cualitativo del tipo relato de experiencia, en el que buscamos reflexionar sobre las prácticas desarrolladas durante un año en la APS en la ciudad de João Pessoa. Se utilizaron como principal fuente de datos los diarios de campo del autor. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Se desarrollaron ofertas de apoyo a los Equipos de Referencia (ER) del servicio, con miras a ampliar la clínica y no reproducir las prácticas hegemónicas de la Psicología Clásica en la APS; y trabajo en equipo basado en los principios y habilidades colaborativas de IPE. **CONCLUSIONES:** El recorrido formativo presentado en este informe destaca la importancia de una perspectiva formativa interprofesional para el SUS y la defensa de un modelo de atención basado en la atención integral y clínica ampliada.

PALABRAS CLAVE: Psicología. Atención Primaria de Salud Educación Interprofesional.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	11
2 INTRODUÇÃO.....	12
3 METODOLOGIA.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1 Psicologia na AB: campo de reprodução ou um outro fazer clínico?.....	16
4.2 Desenvolvimento de Práticas.....	18
4.2.1 Territorialização.....	18
4.2.2 Apoio Matricial às Equipes de Referência de uma Unidade de Saúde da Família.....	19
4.2.3 Acolhimento individual e consultas compartilhadas.....	21
4.3 Perspectiva da Educação Interprofissional na formação acadêmica para o trabalho na realidade do SUS.....	23
4.3.1 Desenvolvimento de Competências colaborativas.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
6 REFERÊNCIAS.....	30
7 ANEXOS.....	33

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso optou por ser construído em formato de artigo científico, de acordo com a resolução CP Nº 01/20211 da Coordenação do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que permite tal modalidade. A escolha por esse modelo se deu em detrimento da maior facilidade e rapidez que essa possibilita para a divulgação científica do texto. Para a publicação desse trabalho foi escolhida a revista Psicologia, Diversidade e Saúde, a qual se apresenta coerente com a proposta do nosso estudo, uma vez que reúne publicações sobre a interface da psicologia com a saúde e as políticas públicas, tendo como objetivo promover o desenvolvimento científico comprometido com as questões sociais, os direitos humanos e a diversidade; com ênfase nos métodos de pesquisa qualitativos, em formato de relato de pesquisa empírico e relatos de experiência, tal como nosso trabalho. O corpo do texto e as referências seguiram as normas da Associação Americana de Psicologia (APA), assim como preconiza a revista. Por fim, nos anexos do trabalho disponibilizamos o anexo das regras de submissão para a revista escolhida.

Introdução

A ampla mobilização do povo na luta por mudanças nas políticas sociais e no modelo de atenção à saúde, iniciou na década de 70 um processo que ficou conhecido como movimento sanitário (Brasil, 2003); o qual reivindicou o acesso da população aos serviços de saúde e a reorientação de seu modelo de assistência: de um modo centrado em práticas curativas, assistencialistas e hospitalocêntricas para uma forma na qual seja preconizada a integralidade do cuidado (Alexandre & Romagnoli, 2017; Böing & Crepaldi, 2010; Paulon et al., 2013).

Nessa direção, tem-se como marco a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que juntas amparam a criação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Böing & Crepaldi, 2010). Em seu arcabouço legal, o SUS estabelece um conceito ampliado de saúde, o qual incorpora fatores físicos, socioeconômicos e culturais (Paulon et al., 2013); além de garantir o direito de todos ao acesso aos serviços de saúde, através do estabelecimento de seus princípios: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Böing & Crepaldi, 2010).

A invenção do SUS representa a concretização da mudança no modo de atenção à saúde, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), com a criação do Programa de Saúde da Família em 1993, atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2010). Tal programa nasce com o objetivo de estar mais próximo das necessidades de saúde da população e suas condições de vida, incorporando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Alexandre & Romagnoli, 2017).

Nas possibilidades de atuação dessa estratégia, está o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente intitulado Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB), criado em 2008 com o intuito de apoiar, ampliar e aperfeiçoar atenção e gestão da saúde na APS (Brasil, 2014), por meio da cogestão de ações interdisciplinares e intersetoriais como: discussão de casos clínicos; atendimentos compartilhados; educação permanente; grupo terapêuticos educativos; construção de projetos terapêuticos singulares; suporte no manejo de questões do território; entre outras (Brasil, 2014).

Dentro das ferramentas consideradas fundamentais para a organização do processo de trabalho deste Núcleo está o Apoio Matricial (AM), como uma das principais estratégias de qualificação da APS (Ministério da Saúde, 2010). O AM caracteriza-se tanto como um arranjo organizacional quanto como uma metodologia de trabalho em saúde, que acontece por meio da integração Equipes de Saúde da Família (ESF'S) - Equipe NASF-AB, (Ministério da Saúde, 2010), tendo como objetivo assegurar a retaguarda especializada de profissionais de outros núcleos de conhecimento aos profissionais da Equipe de Referência (ER).

A ER também representa uma metodologia de trabalho em saúde, a qual pretende modificar a organização da distribuição de responsabilidades nos serviços, propondo que ao invés dos/as profissionais se responsabilizarem por procedimentos, esses se responsabilizem pelas pessoas atendidas (Campos et al., 2014). No caso das ESF'S, cada profissional se responsabiliza pelos usuários do seu território adscrito.

Nesse sentido, Mâcedo et al. (2022) apontam que o trabalho em equipe realizado tanto na ER quanto no NASF constitui-se enquanto uma importante ferramenta para a superação do modelo hegemônico de assistência, por meio das práticas integrativas, multi e interprofissionais que se realizam nesse serviço, as quais contrapõem a lógica do trabalho curativista e centrado na figura do médico. Tendo em vista isso, Peduzzi (2018), destaca um aumento nas discussões com base na Educação e no Trabalho Interprofissional para a formação dos/as profissionais de saúde, embora ainda de maneira insuficiente, dada a formação predominantemente fragmentada que continua a existir nesse processo.

Sabe-se ainda que em grande partes das vezes o processo formativo desses profissionais se dá de maneira limitada, circunscrito aos muros da Universidade, sem acessar o cotidiano dos serviços de saúde e poder desenvolver-se a partir do conhecimento de sua realidade (Ferreira et al., 2010). Diante disso, os autores citados anteriormente apontam para a importância de experiências que ampliem esse modelo de formação; a exemplo os estágios teórico-práticos, que promovem o contato dos estudantes com o campo das políticas de saúde ainda na graduação, o que produz reflexões sobre os desafios e potencialidades desse cenário, ao mesmo tempo que capacita para sua inserção.

Tal discussão, torna-se ainda mais relevante no contexto atual, em que observa-se políticas de enfraquecimento da APS; desde a última atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 até movimentos mais recentes como o Programa Previne Brasil (2019) e a Nota Técnica nº 3/2020 (Ministério da Saúde, 2020), que define o fim do cadastramento de novas equipes NASF e desobriga a gestão municipal/estadual do registro de novos profissionais, em um claro desmonte desse serviço, o que ameaça diretamente a permanência dos/a psicólogos/as nesse campo. Neste cenário, Mâcedo et al. (2022) destacam a relevância do desenvolvimento de estudos que relatem experiências na APS baseados na perspectiva multiprofissional e interprofissional da Educação e do Trabalho em Saúde, em uma estratégia de valorização do trabalho em equipe e das políticas integrativas de assistência.

Dito isso, o presente trabalho tem por objetivo relatar as experiências de formação de uma estudante de Psicologia nas práticas de Estágio Supervisionado Curricular III e IV, vivenciadas na APS, em uma Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa, estado da Paraíba. Tendo

como base o aporte teórico do AM às ER e a perspectiva de formação da Educação Interprofissional (EIP) em saúde, o qual foi fundamental para a atuação no referido campo.

Para compreender o cenário de práticas deste relato, cabe situar a rede de APS da Paraíba e do município de João Pessoa. Segundo o Plano Estadual de Saúde da Paraíba (2020 – 2023), o Estado conta com uma cobertura de 97,34 da AB, com 1.417 equipes; 8.267 agentes comunitários de saúde; 2.125 agentes de endemias, 1.279 equipes de saúde bucal, modalidade I; 19 equipes de saúde bucal, modalidade II; 152 equipes de NASF AB, modalidade I; 56 equipes de NASF AB, modalidade II; e 79 equipes de NASF AB, modalidade III. Especificamente em relação ao município de João Pessoa, esse tem 95,47% de cobertura da AB e dispõe 203 ESF e 93 prédios de USF.

Cada ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS); que prestam serviços em diversas áreas como Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde do Idoso; Saúde do Homem; Saúde Bucal; Imunização; Planejamento Familiar; doenças crônicas; vigilância, controle e prevenção de doenças transmissíveis; Prevenção e controle de doenças endêmicas; Curativos; Assistência farmacêutica; Grupos operacionais; Programa Saúde na Escola; Assistência a pessoas com necessidades especiais e Regulação para os diversos níveis de Atenção em Saúde.

No que diz respeito à configuração atual do programa NASF em João Pessoa, de acordo com o portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o município conta atualmente com 20 equipes ENASF-AB. Na realização da pesquisa que gerou esse dado, foi interessante notar, que até abril de 2020, essas equipes eram cadastradas enquanto NASF1: NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF MODALIDADE 1 e somente em maio passam a ser ENASF-AB. Destaca-se também, que até maio de 2023 a cidade contava com 34 equipes ENASF-AB, quando reduziram para o número atual.

No entanto, não foram encontrados na literatura dados que expliquem a mudança de nomenclatura dessas equipes e o que ela implicou para os/as trabalhadores/as desse núcleo. Tampouco o que teria acontecido em 2023 para a redução do número de equipes no município. Sabe-se somente, com base no relato de profissionais da rede, que após a Nota Técnica nº 3/2020 (Ministério da Saúde, 2020), os/as trabalhadores/as do NASF de João Pessoa teriam sido realocados para os cargos de gerentes das USF'S. Dessa forma, entende-se que na atualidade, a rede da cidade não conta com psicólogos/as prestando assistência às ER das unidades, tampouco o AM, como preconiza as diretrizes do NASF, tais profissionais encontram-se apenas nos cargos de gerência. O que reafirma a importância do desenvolvimento deste relato, a fim de fortalecer a presença da Psicologia na APS, sobretudo em sua função de apoio às equipes, por meio de um trabalho interprofissional, colaborativo e de ampliação da clínica.

Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo qualitativo do tipo relato de experiência, no qual buscamos refletir acerca das práticas de Estágio Supervisionado curricular III e IV em Psicologia Clínica, desenvolvidas durante o ano de 2023 em um serviço da rede de saúde da cidade de João Pessoa. A partir de Gerhardt e Silveira (2009), entende-se o relato de experiência enquanto uma produção que descreve precisamente uma experiência com poder de afetar sua área de atuação. Diz respeito ainda à uma vivência profissional, seja ela, exitosa ou não, que fortalece a manutenção da discussão do campo e promove novos arranjos para a melhoria do cuidado em saúde (Gerhardt & Silveira, 2009). Adicionalmente, realizamos pesquisa documental junto às bases de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), mais especificamente o site TABNET, tabulador genérico de domínio público que disponibiliza informações do SUS; bem como do portal de informações do Governo da Paraíba.

O campo de atuação descrito neste relato é uma USF do município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Tal unidade, fica localizada na Zona Oeste da cidade e dispõe de três ESF, divididas pelas três microáreas do território. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de apoio e de gestão; sua estrutura física conta com: recepção; três consultórios médicos; três salas para enfermeiros; três consultórios odontológicos; sala de curativos; sala da vacina; farmácia; copa e sala da gestão.

Para a sistematização do relato das experiências vividas nesse campo a principal ferramenta foram os diários de campo escritos pela autora durante o período de estágio e outros recursos como: relatório de estágio, memórias de reuniões de supervisão e produções acadêmicas desenvolvidas ao longo desse período. Por fim, ressaltamos que mesmo esta não sendo uma pesquisa experimental com seres humanos, reforçamos o compromisso ético com os participantes desse relato, sobre o sigilo, a autonomia, a beneficência e a não maleficência.

Resultados e discussão

Antes de descrevermos as práticas realizadas ao longo de nossa atuação nesse campo, faz-se necessário um breve resgate da história do/a profissional de Psicologia Clínica até o momento de sua chegada na APS através do NASF. Uma vez que as práticas de AM desenvolvidas nesse cenário representam um lugar de ruptura e de disputa com o modelo hegemônico de atuação desses profissionais (Nogueira et al., 2021).

Psicologia na AB: campo de reprodução ou um outro fazer clínico?

Segundo Dimenstein e Macedo (2012), a chegada do/a Psicólogo/a no SUS se dá a partir do tensionamento entre dois aspectos: a manutenção da lógica individualizante, tecnicista e biologizante já estabelecida na Psicologia e a superação desse modelo hegemônico por meio de uma prática que amplie os modos de vida. Tendo em vista isso, os mesmos autores alertam sobre o constante desafio de não fazer da AB um espaço de normatização das práticas tradicionais da Psicologia, de outro modo, nos convoca a atuar sob um plano ético, comprometido com a reinvenção do modo de assistência aos/às usuários/as, por meio de novas tecnologias de cuidado.

Historicamente, a herança dessas práticas hegemônicas advém de uma certa concepção de clínica psicológica, a qual tem origem nas palavras gregas *klinê*, que significa leito, e *klinicos*, visita do clínico ao doente em sua cabeceira, em posição superior a este (Moreira et al., 2007). O que, segundo as autoras produz um dispositivo de controle para o clínico, que se utiliza de sua prática para o controle dos corpos, da subjetividade e da vida dos sujeitos.

Acrescentamos a essa discussão os avanços introduzidos por Freud na clínica psicológica: a mudança do paradigma da observação para o da escuta; a importância da resistência e a perspectiva do cliente como sujeito de sua história de adoecimento (Moreira et al., 2007). No entanto, ao mesmo tempo que esse teórico desloca a posição de saber para o paciente, não mais colocado como mero objeto de práticas, introduz a questão do segredo como base do processo psicoterapêutico, o que enquadra a clínica em moldes individualistas e fortalece o imaginário de que a abordagem mais eficiente seria a individual.

Além disso, Moreira et al. (2007), afirmam que a Psicologia Clínica, assim como as Ciências Humanas, têm uma origem imbricada com os interesses da burguesia, tendo sido, inicialmente, descomprometidas com as classes menos favorecidas, essas intervieram nos sujeitos considerados inadequados pelo projeto de “homem racional” dessa classe, a fim de sustentar o individualismo. No contexto brasileiro, a afirmação da Psicologia Clínica reproduz esse enfoque individualista e corretivo, mediante práticas de psicodiagnóstico e terapia individual em consultório particular, com base em uma noção de indivíduo a-histórico e abstrato (Bock, 2009); o que definiu o consultório privado como o lugar da clínica, seus usuários como clientela e o regime de trabalho dos profissionais liberais como ideais da profissão (Bock, 2009).

Contudo, a partir da década de 70, questionamentos acerca da função social da Psicologia, somados às mudanças nas políticas públicas de saúde brasileiras como o Movimento Sanitarista; a criação do SUS; e a luta pela democracia da atenção psicológica através da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), contribuíram fortemente para redirecionar as atividades da Psicologia Clínica, antes restritas ao consultório privado (Daneluci, 2013; Dimenstein, 1998; Oliveira et al., 2004; Spink, 2004).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007), atualmente, a Psicologia Clínica, reconhecida como uma das áreas profissionais do/a Psicólogo/a, pode atuar em uma diversidade de campos, como: equipes multiprofissionais, hospitais, USF'S e políticas de saúde mental. Entre essas, destaca-se no presente trabalho a APS, na qual o/a psicólogo/a tem como uma de suas principais ferramentas o AM.

A história desse arranjo, desenvolvido por Campos e Colaboradores, aponta uma diversidade de práticas anteriores ao NASF, realizadas nas políticas e serviços de saúde, tendo como pioneira sua atuação no SUS no município de Campinas/SP, durante a década de 1990 (Campos et al., 2014). Segundo o mesmo autor, nos anos seguintes, várias cidades incorporaram o AM, assim como o Apoio Institucional e a Clínica ampliada, os quais constituem o método Paideia; rede conceitual e metodológica de suporte à cogestão de coletivos, que propõe a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população, por meio da ampliação da clínica e do comprometimento ético com a produção de vida (Campos et al., 2014).

O que se deu de maneira incipiente até a criação do NASF, quando pela primeira vez o conceito de AM foi utilizado na definição de uma portaria do Departamento de APS do Ministério, tornando possível sua realização nesse campo (Campos et al., 2014). Nesse cenário, ocorreu no início no começo dos anos 2000 um crescente incentivo às ações de matriciamento em Saúde Mental (SM), desde 2003 quando o Ministério da Saúde indicou o AM como diretriz para a inclusão de ações de SM na APS (Ministério da Saúde, 2010). O que atualmente vem se modificando com os ataques já referidos à APS e ao NASF.

Apesar disso, tendo em vista que a RPB determina a substituição do modelo manicomial/hospitalocêntrico por um cuidado em liberdade, que não retire os sujeitos de seu espaço social (Dimenstein et al., 2009), a APS constitui-se enquanto um importante serviço para a reinserção desses sujeitos, uma vez que já está imersa em seus territórios e é um espaço de produção de saúde para seus usuários e familiares (Nogueira et al., 2021). A partir da discussão trazida até então, apresenta-se a seguir o desenvolvimento das atividades no cenário de prática.

Desenvolvimento de práticas

Territorialização

As atividades desenvolvidas pelo estágio na unidade em questão, se deram em concomitância à atuação do Grupo de Trabalho (GT) de assistência em Saúde mental, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) - 2022/2023, o qual construiu nossa entrada nesse campo e do qual também fiz parte. Desse modo, no decorrer desse trabalho, também serão relatadas algumas experiências vividas nesse projeto, devido ao seu atravessamento nas

vivências do estágio. A primeira delas é o processo de territorialização, vivenciado no início do programa PET-Saúde, o qual foi essencial para conhecer melhor o território da Unidade.

A territorialização é entendida enquanto uma metodologia de trabalho da APS, que se dá com base no princípio da organização integrada das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em cada região do país (Faria, 2013), tendo como objetivo adequar às práticas de cuidado realizadas no nível primário de atenção aos perfis sociodemográficos da população atendida. Em nossa prática, esse processo foi realizado por meio de visitas às três áreas atendidas pela USF, acompanhados de um/uma ACS de cada uma delas. Como dito anteriormente, trata-se de uma Unidade Integrada, ou seja, que abrange mais de um território ou microárea, compostas por uma determinada quantidade de ruas que ficam sob a responsabilidade de um/uma ACS.

As informações obtidas na territorialização apontaram que o território localizado na Zona Oeste da cidade, fica em uma área marcada pela forte presença de uma feira livre e do comércio intenso em sua avenida principal, também encontramos alguns equipamentos sociais em sua localização, como: duas escolas; uma praça; um centro da juventude; um Centro de Referência em Educação Infantil (CREI); uma Igreja Católica e algumas igrejas evangélicas.

Durante esse processo de andanças no território, também identificamos algumas demandas por parte dos/as profissionais da equipe, como: o auxílio na condução do grupo de Terapia Comunitária, recém retomado após o período pandêmico; a realização de escutas, sobretudo para usuários/as com queixas de ansiedade, depressão e processo de luto; e a necessidade de conhecer melhor as características sociodemográficas e clínicas de usuários/as que fazem uso de algum psicotrópico na área, devido a identificação de seu grande uso no território.

A partir desse cenário, o grupo PET desenvolveu quatro frentes de trabalho: (a) Acolhimento e escuta individual; (b) participação na Terapia Comunitária; (c) Mapeamento do uso de psicotrópicos e (d) Educação permanente junto às equipes. O estágio seguiu com essas ofertas, exceto o mapeamento do uso de psicotrópicos, fazendo ajustes e rearranjos dessas práticas, além de acrescentar outras, trazendo como proposta o princípio de fortalecer o AM à ER da Unidade.

Apoio Matricial às Equipes de Referência de uma Unidade de Saúde da Família

A perspectiva matricial traz como base o suporte técnico de profissionais especializados à ER da ESF, a fim de garantir o aumento da qualificação do cuidado e do nível de resolutividade da APS (Ministério da Saúde, 2010). A partir disso, pretende atuar sob uma outra lógica, que não a de encaminhamento para a atenção especializada por meio do sistema de referência e contrarreferência. De outra forma, a presença de “especialistas” na APS garante que a maior parte dos casos sejam resolvidas sem encaminhá-los para a atenção secundária.

Nesse sentido, o AM atua sob as perspectivas da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, partindo do reconhecimento da complexidade das necessidades de saúde dos/as usuários/as e dos processos de saúde-doença, considerados cada vez mais complexos (Campos et al., 2014; Frenk et al., 2010). O que se dá pela composição de equipes multiprofissionais com psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentre outras profissões que atuam em conjunto no apoio às ER da APS.

Na tentativa de aplicar essa metodologia às ER da Unidade em que fomos atuantes, construímos o seguinte arranjo: três duplas, compostas pelos estagiários e alunos PET, acompanhariam e dariam suporte às três equipes, divididas por suas três microáreas. Para tanto, propomos a participação semanal em suas reuniões de equipe, onde discutíamos os casos e recebíamos as demandas dos/as trabalhadores/as, devolvendo-as em ofertas, as quais qualificávamos junto à equipe e nas supervisões de estágio.

Segundo Campos et. al. (2014), esse movimento receber demandas – trazer ofertas é constituinte do AM, sendo a primeira delas: oferecer-se ao grupo enquanto apoiador. Desse modo, em nossa primeira reunião, nos apresentamos a todos os/as profissionais da Unidade e em seguida fomos para as chamadas reuniões de “grupinho” de cada uma das equipes; onde propomos que cada um deles falasse sobre possíveis casos que poderíamos apoiá-los, como casos de SM graves ou ofertas que poderíamos compor junto: visitas domiciliares compartilhadas, consultas compartilhadas e outras. Destaca-se que a equipe já conhecia as frentes de trabalho, propostas anteriormente pelo PET-Saúde, no entanto, o arranjo de acompanhar suas reuniões de equipe semanalmente era novo.

As reuniões de equipe ocorriam toda sexta-feira à tarde, em uma semana do mês era realizada uma grande reunião com todas as três equipes e nas demais apenas entre os/as trabalhadores/as de cada microárea. Durante nossa participação nessas reuniões, muitas vezes o grupo nos trazia demandas de escuta, as quais refletiam algumas de suas concepções acerca do fazer psicológico, nos fazendo lembrar o desafio contínuo de não fazer da APS um espaço de reprodução das práticas hegemônicas da Psicologia, como a escuta individual indiscriminada para todos os casos (Dimenstein e Macedo, 2012).

Em algumas ocasiões, os/as trabalhadores/as nos questionaram se não seria mais adequado ouvir o usuário sozinho, em uma sala da Unidade, sem a presença da família, com mais “privacidade”. Outras vezes, compararam nossa atuação à do consultório particular, questionando, por exemplo, a presença de familiares durante o acolhimento; refletindo a ideia de que a abordagem individual, do segredo, seria a mais eficaz (Moreira et al., 2007), mesmo em um serviço de saúde da família. Gradualmente, tentamos ampliar essa perspectiva, com a promoção de outras ofertas, como propostas de atendimento compartilhado com outro profissional da ER, visita domiciliar conjunta e convite à Terapia Comunitária.

Além disso, a própria prática de escuta muitas vezes se desdobrava em uma oferta diferente, como foi o caso de uma jovem que o enfermeiro pediu que escutássemos. A usuária compareceu à consulta, no entanto, decidimos que ela também deveria ser atendida conjuntamente com o enfermeiro e a médica, uma vez que a situação envolvia determinantes médicos significativos, sobretudo de natureza neurológica. Dessa forma, a partir da reunião dos saberes desses diferentes profissionais construímos ao final da consulta um encaminhamento qualificado para o serviço de Neurologia.

Por meio dessa postura, não tínhamos o objetivo de desvalorizar a oferta da escuta, mas sim de fazer outras, caso necessário. Como nos indica a perspectiva da ampliação da clínica, tentamos desviar do foco de intervenção da doença e dos procedimentos, para colocá-lo no sujeito, diversificando o repertório de ações e apoiando o desenvolvimento da autonomia e do autocuidado (Campos et al., 2014). Seguindo essa perspectiva, aponta-se para relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento de saberes, poderes, vínculo e responsabilização, pensando sempre: o que é possível neste caso, para este paciente que se encontra nesta situação? (Campos, et al., 2014).

Outro aspecto recorrentemente observado nas reuniões da ER foram as concepções de SM dos/as trabalhadores/as, algumas ainda muito enraizadas no modelo manicomial de cuidado às pessoas em sofrimento mental, ao contrário do que preconiza a RPB (Dimenstein et al., 2009). A exemplo a noção da suposta periculosidade do louco, reproduzida em alguns comentários dos/as profissionais ao se referirem aos/às usuários/as com algum transtorno mental grave como pessoas agressivas, perigosas e que necessitam de controle.

Além do mais, muitas vezes falavam sobre essas pessoas como se não tivessem uma perspectiva de futuro, de realizar novas coisas, ou ter autonomia. Como se estivessem limitados desde que desenvolveram a doença e não existisse possibilidade de se reinserir na sociedade. Nessas ocasiões, tentamos esmiuçar melhor essas compreensões e trazer algumas informações, por exemplo, reconhecendo que o comportamento agressivo de pessoas com transtorno mental na maior parte das vezes se dá em um momento de crise, ou em resposta às próprias violências da sociedade para com esses sujeitos (Nogueira et al., 2021).

Destacamos que articular ações com os/as trabalhadores/as e promover discussões como essa não foi uma tarefa sem dificuldades. Em algumas situações, os/as profissionais nos acompanhavam nas ofertas, mas se faziam distantes, como se não estivessem de fato compondo conosco, em um fazer ainda muito fragmentado. Em uma dessas ocasiões uma trabalhadora questionou o porquê de fazermos a visita juntos, como ela poderia contribuir. Nessa e em outras situações, insistimos sempre na concepção da importância de cada profissional para um cuidado

integralizado; que cada um de nós possuía uma parte daquilo que o usuário precisava, mesmo nos casos de SM, em que os membros da equipe acreditavam que apenas uma escuta seria suficiente.

Em outros casos, o grupo se fazia engajado, nos procurava dentro e fora das reuniões de equipe, buscavam saber mais sobre os/as usuários/as que atendíamos e questionavam-nos como poderiam contribuir e compor junto, trazendo sugestões que foram muito importantes para nós. Dessa maneira, acreditamos que, apesar das dificuldades, conseguimos construir junto a ER articulações valiosas, com vistas ao trabalho em equipe, a corresponsabilização e a integralidade do cuidado prestado aos/às usuários/as.

Acolhimento individual e consultas compartilhadas

Em relação à oferta das escutas, essa aconteciam semanalmente em um turno da tarde, reservado para os estagiários partindo de sua disponibilidade. Evidentemente não se trataria de um serviço de psicoterapia, mas de um dispositivo de acolhimento e apoio, através do arranjo de uma escuta inicial do usuário, que poderia se desdobrar em mais duas, ou ainda em outra oferta. Observamos que, de fato, esse dispositivo se deu de maneira muito distinta da clínica “tradicional”, desde a concepção de sujeito e subjetividade que se tinha, até a ampliação dos dispositivos ofertados e a articulação com outros serviços da rede.

Diferentemente da visão hegemônica da clínica clássica, que desconsidera o contexto concreto do sujeito (Bock, 2009), buscamos operar em nossas práticas a partir da compreensão de subjetividade esquizoanalítica, cuja perspectiva entende o indivíduo com base em um conjunto de forças e formas, constituído pelas diferentes instituições do funcionamento social (Cassiano & Furlan, 2013). Ao mesmo tempo que levamos em consideração a perspectiva dos determinantes sociais de saúde, que compreende a situação de saúde do usuário baseada nas diferentes esferas de sua vida (Garbois et al., 2017). Dessa maneira, em todas as escutas realizadas, buscamos promover uma ampliação da clínica, através de um olhar atento a conhecer os modos de vida dos/as usuários/as e seus atravessamentos.

Em um desses acolhimentos, recebemos o caso de um usuário que apresentava um sofrimento intenso em decorrência de seu trabalho, uma vez que teve seus direitos negados após um episódio de adoecimento. Diante da situação, entendemos que a melhor oferta seria realizar um encaminhamento qualificado ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Nesse sentido, nos informamos sobre como se dava o acesso ao serviço e na escuta seguinte ligamos junto a ele para marcar um atendimento.

Dessa forma, entendemos que esse dispositivo promoveu num só tempo o acolhimento do sofrimento trazido pelos/as usuários/as, mas também, articulações com outros serviços da RAS, fazendo os devidos encaminhamentos quando necessário. Ademais, foi possível, em outros casos, a

experiência do atendimento compartilhado por meio da interconsulta com diferentes profissionais da equipe.

No que diz respeito a essas consultas compartilhadas, destacamos a participação na agenda dos atendimentos de puericultura da Unidade, a saber, aqueles que acontecem após o nascimento da criança, a fim de acompanhar o estado de saúde da mãe e do bebê; o processo de recuperação pós-parto e o desenvolvimento inicial do infante. Esses atendimentos foram realizados juntamente às enfermeiras da Unidade, onde pudemos colaborar sobretudo com os saberes da Psicologia sobre o desenvolvimento infantil. Tal atividade acontecia da seguinte maneira: as profissionais realizavam seu protocolo cotidiano: conversar com a mãe e tirar algumas medidas importantes da criança como altura, perímetro e tronco encefálico e durante esse momento nós observávamos e preenchíamos os marcos do desenvolvimento da caderneta da criança.

Durante a realização dessa oferta destacou-se as dimensões da vigilância à saúde dos recém nascidos e de suas genitoras. Buscamos perceber a formação inicial do bebê e tentar identificar possíveis fatores de risco à sua saúde, assim como da mãe, que vive um momento sensível, no qual necessita do acolhimento dos profissionais em relação à seus cuidados consigo, sua rotina e possíveis dificuldades no cuidado da criança. Além disso, estimulamos ofertas de promoção da saúde infantil, como o aleitamento exclusivamente materno.

Por fim, as profissionais com as quais atuamos nessa atividade destacaram a importância do compartilhamento de alguns saberes específicos da Psicologia, como em um atendimento em que trouxemos um método de avaliação do autismo que as mesmas não tinham conhecimento. Ressaltando a importância da troca de saberes entre os profissionais no cuidado em saúde, o que será melhor discutido posteriormente através da perspectiva de EIP.

Perspectiva da Educação Interprofissional na formação acadêmica para o trabalho na realidade do SUS

Como dito anteriormente, as práticas desenvolvidas em nossa experiência de estágio se deram à luz da perspectiva da interprofissionalidade, a fim de promover uma formação correspondente à realidade interdisciplinar e interprofissional da APS e seus serviços. Tais dispositivos constituem-se pelo trabalho em equipe, com o objetivo de superar o modelo hegemônico de atendimento à saúde, caracterizado pelo saber-fazer fragmentado. Desse modo, pretendemos explorar neste tópico algumas de nossas vivências pela visão da Educação e do Trabalho Interprofissional em saúde, que se constitui enquanto um método promissor de formação dos/as estudantes e trabalhadores/as do SUS, uma vez que pretende atuar com base nas necessidades do público e promover a inserção dos/as discentes na realidade de seus serviços.

Acrescentamos a essa discussão, as contribuições de Lucena (2019), acerca do processo de trabalho e formação dos/as profissionais NASF na realidade da Paraíba; a autora aponta uma carência no processo formativo desses/as trabalhadores/as, visto que muitas vezes não possuem experiências de aproximação com o campo antes de sua chegada nos serviços, fazendo com que tenham dificuldades na realização de seu trabalho. Algo que na maior parte das vezes a gestão não reconhece, de maneira que não promove estratégias de capacitação e educação continuada.

De acordo com Costa (2017), ao redor de todo o mundo discute-se o desafio de alinhar os processos de formação em saúde ao fortalecimento de seus sistemas, dado que as necessidades de saúde se apresentam cada vez mais dinâmicas e complexas, demonstradas nos perfis demográficos e epidemiológicos, que impactam na dinâmica de vida e saúde das pessoas. (Frenk et al., 2010). Nesse cenário, a EIP assume singular importância no SUS, com base no reconhecimento de que o SUS é interprofissional, justificando que seus princípios apresentam aderência com os aportes teóricos dessa perspectiva, sobretudo com a criação das ESF'S (Peduzzi, 2016).

A EIP ocorre quando duas ou mais profissões de saúde aprendem com, para e sobre a outra, em uma aprendizagem compartilhada que pretende ser colaborativa e melhorar a qualidade dos serviços prestados (Centre for the Advancement of Interprofessional Education [CAIPE], 2002); ou ainda quando esses profissionais aprendem de forma interativa, com o propósito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar dos/as usuários/as (Reeves et al., 2013). Ambos os conceitos destacam a aprendizagem colaborativa dos/as trabalhadores/as de saúde, sendo que este último ressalta o caráter interativo, enfatizando que não objetiva apenas a reunião de profissionais em um mesmo espaço e tempo, mas sim as trocas e os compartilhamentos, que devem prezar pela centralidade nas necessidades dos usuários (Costa, 2017).

Na realidade de formação brasileira, partindo da busca por uma formação que contemple um perfil profissional para o trabalho no SUS, é proposta a articulação entre o referido sistema e as instituições de ensino, entendida como integração ensino-serviço (Lucena, 2019); ou ainda ensino-serviço-comunidade, ao abranger também os interesses da população atendida.

Nessa direção, destacam-se algumas iniciativas do Ministério da Saúde para fortalecer essa relação; a começar pela instituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, que promoveu a organização de propostas de reorientação da formação profissional, com ênfase na integralidade saúde-doença e na reafirmação da integração com a comunidade (Lucena, 2019). Por meio de algumas políticas e programas como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o PET-Saúde; o AprenderSUS; o VerSUS e a Residência Multiprofissional em Saúde (Costa et al., 2015).

Entre essas iniciativas, destacamos para o presente trabalho o PET-Saúde, devido a nossa vivência nesse programa. Tal programa tem como objetivo fortalecer a integração entre as dimensões de ensino, serviço e território, com base na perspectiva da interprofissionalidade e através da inserção dos estudantes ainda graduandos na prática dos serviços de saúde (Filho & Silva, 2017), o que pôde ser vivido em nossa experiência. Durante a vigência que fizemos parte desse programa, dentre outros aspectos, enfatizou-se a discussão da importância das competências colaborativas da EIP para nossa formação, o que também se fez presente no estágio. Dessa maneira, pretendemos destacar a seguir o desenvolvimento de algumas dessas competências em nossas práticas.

Desenvolvimento de Competências Colaborativas

A perspectiva de formação interprofissional define como um de seus objetivos principais a construção de competências colaborativas - aquelas que os/as profissionais de saúde necessitam para a realização de um trabalho em equipe (Interprofessional Education Collaborative [IPEC], 2011). No que diz respeito à essas competências, o Canadá propôs em 2010 o marco de referência Canadian Interprofessional Health Collaborative, que dispõe acerca de seis domínios: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, elucidação de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC], 2010). Em nosso trabalho destacam-se as três primeiras.

No que diz respeito à comunicação, Peduzzi (2017), afirma que esta constitui-se enquanto um dos atributos mais importantes para a realização de um trabalho em equipe colaborativo, visto que proporciona às diferentes áreas profissionais compartilharem os conhecimentos e recursos que trazem para lidar com as demandas do público. O que pôde ser vivenciado em nossa prática com os/as diferentes trabalhadores/as da ER; a começar pelos/as ACS 'S, com quem desenvolvemos uma comunicação muito valiosa para a realização de nossas práticas.

No decorrer de nossa atuação, esses/as profissionais compartilharam conosco parte do grande conhecimento que possuíam daquele território, proveniente de muitos anos de experiência que viveram naquele campo. Além disso, o vínculo que tinham com os/as usuários/as, foi essencial para facilitar nossa relação com esse público. Durante o processo de territorialização, nos apresentaram a muitos dos/as usuários/as e posteriormente ficaram responsáveis por marcar as ofertas com eles. Desse modo, estabelecemos uma comunicação constante com os ACS'S, que nos traziam atualizações importantes dos usuários; além de repassar-nos informações essenciais, como se estes fossem precisar se atrasar, faltar ou remarcar a oferta. Assim, se fizeram como nossa ponte de comunicação com a comunidade.

Além do mais, essa competência se deu com os outros membros da ER, por meio das discussões nas reuniões de equipes, troca de saberes durante a realização das ofertas e até mesmo em momentos inesperados, como encontros nos corredores da Unidade. Tal comunicação foi imprescindível, tendo em vista que precisávamos da corresponsabilização desses/as profissionais para o desenvolvimento de nossas práticas, uma vez que eles são a ER dos/as usuários/as e possuem muitas informações acerca desses/as que não possuímos, por não estarmos diariamente no cotidiano dos serviços

Dessa forma, antes de cada oferta prestada aos usuários, consultávamos àqueles profissionais, buscando saber se já conheciam o caso, qual seria a melhor abordagem, possíveis fatores relacionados, e a possibilidade de compormos juntos. O que foi possível muitas das vezes; através de visitas domiciliares, consultas compartilhadas, dentre outras ofertas conjuntas com médicos/as, enfermeiros/as, ACS'S e outros/as profissionais.

Em um desses casos, compomos junto a alguns trabalhadores/as da equipe o cuidado de um usuário com câncer. Inicialmente recebemos a demanda de sua ACS para uma visita ao usuário e seus familiares, realizamos a oferta junto à essa profissional, onde acolhemos um pouco da história da descoberta recente de sua doença. Após essa visita achamos prudente uma conversa com o médico da ER, a fim de buscar mais informações acerca da situação da enfermidade do usuário, e discutir possibilidades de manejo com a família do usuário. A partir desse encontro, estabelecemos um contato contínuo sobre o caso, em que nos atualizávamos semanalmente e trocávamos saberes profissionais em busca da promoção de saúde do usuário; uma de nossas ofertas compartilhadas foi uma interconsulta com a irmã do usuário para saber mais detalhes do quadro do mesmo.

Apesar do êxito de algumas dessas trocas, em outros momentos os/as profissionais da ER apresentavam resistência na discussão dos casos e na composição conjunta das ofertas. Apesar disso, acreditamos que, em grande parte dos casos atendidos, foi possível a troca de saberes com esses profissionais, a partir das contribuições de cada área profissional; além da promoção de devolutivas, tanto da nossa parte, quanto da equipe, que também nos traziam importantes feedbacks dos/as usuários/as.

Ouvir o que esses/as usuários/as traziam, por meio dos/as trabalhadores/as ou no próprio encontro vivo com eles foi fundamental para pensarmos uma atenção centrada em suas necessidades, o que representa a segunda competência colaborativa da EIP. Ao entender que o SUS é constituído com base nessas necessidades, define-se para a atuação em seus serviços, a construção de objetos comuns e compartilhados à equipe, que sejam centrados nas características dos usuários/as, famílias e comunidade (Peduzzi, 2017).

Dessa maneira, entendemos a urgência de práticas pautadas numa outra lógica de cuidado, que não esteja centrada nos procedimentos e nas categorias profissionais, mas nas perfil de saúde da

população de um dado território. Nesse sentido, destacam-se algumas das devolutivas que recebemos dos/as profissionais e dos/as usuários/as da Unidade. Segundo os/as trabalhadores/as daquele serviço, a comunidade percebeu nos estudantes de Psicologia algo a acrescentar, sobretudo por proporcionarem uma atenção mais próxima do usuário, que antes precisava se deslocar para ter acesso a algumas ofertas de SM, como o acolhimento e a escuta individual.

Percebemos ainda a compreensão dessa competência profissional demonstrada no discurso e nas práticas de alguns profissionais da equipe. Em diálogo com uma das enfermeiras, ela trouxe uma reflexão valiosa acerca da importância do nosso trabalho no que diz respeito à resposta que damos a comunidade, segundo ela, o feedback positivo dos usuários é a melhor comprovação da realização de um trabalho de qualidade. O que de acordo com a profissional nós recebemos durante nossa atuação naquela Unidade.

Além do que, a ER ressaltou o nosso engajamento constante em conhecer melhor a história de cada usuário, a fim de prestar uma assistência correspondente às suas demandas; assim como a do território, o que se deu desde o início de nossa atuação, através das atividades de territorialização pela comunidade, já descritas anteriormente. Nesse aspecto, a fim de atender às necessidades do público, enfatizamos também a tentativa de construção de diretrizes compartilhadas de cuidado com os membros na equipe.

Ainda no que diz respeito às competências colaborativas, evidenciou-se em nossa prática o domínio da elucidação de papéis, ou a ausência dele. Segundo Peduzzi (2017), tal competência merece destaque diante de uma realidade em que os/as profissionais tendem a ter uma visão limitada, ou estereotipada de seus colegas, calcada em preconceitos e desqualificações das outras profissões, o que dificulta a realização do trabalho colaborativo. Em nossa vivência, percebemos a repetição dessa tendência, através da visão restrita que alguns dos membros da equipe possuíam do fazer da Psicologia, como sendo uma prática individualista, prolongada e curativista, o que se demonstrou na predominância da solicitação de escutas individuais para casos muito distintos.

Além do mais, notamos situação semelhante à apontada no trabalho de Nogueira et al. (2021), em relação a dificuldade dos/as trabalhadores/as em compor conjuntamente ofertas entendidas como da psicologia, como o acolhimento e a escuta, por acreditarem que não diziam respeito à sua formação; o que demonstra uma concepção predominantemente uniprofissional e especialista sobre o cuidado em saúde, sobretudo em SM (Filho & Silva, 2017). Como dito anteriormente, percebemos que os/as profissionais dependiam de nós para a iniciativa de ofertas em saúde mental, e ao mesmo tempo, tinham dificuldade para se reconhecer como parte em um trabalho colaborativo conosco.

Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de se construir uma identidade de pertencimento a equipe, baseada no compartilhamento de objetivos, responsabilidades e abordagem de cuidado,

sendo imprescindível nesse processo que seus participantes entendam a complementaridade das especificidades de cada profissão (Peduzzi, 2017; Costa, 2017), o que é o objetivo da elucidação de papéis.

Com base nisso seria possível reduzir a fragmentação dos cuidados, conflitos, repetições e o desperdício de recursos, o que melhoraria a qualidade da atenção e possibilitaria uma assistência integralizada, orientada pelas necessidades de saúde dos pacientes (Peduzzi, 2018). Por fim, afirmamos que a EIP, especialmente no que se refere ao conjunto das competências colaborativas em destaque nessa discussão, foi essencial para a construção de nossas práticas na Unidade supracitada.

Considerações finais

A partir da discussão construída, entende-se que a criação do SUS, sobretudo da ESF, representou um grande marco na mudança do modelo de assistência à saúde brasileiro. No campo da Psicologia, tal mudança proporcionou pela primeira vez a contratação de Psicólogos/as na APS, através do NASF. Diferentemente de sua atuação clássica nos consultórios privados, a APS convoca o/a psicólogo/a a desenvolver práticas comprometidas com a integralidade do cuidado dos/as usuários/as, por meio de ofertas de ampliação da clínica junto a outros/as profissionais.

Tendo em vista esse caráter multi/interprofissional do SUS, sobretudo em seu primeiro nível de atenção, reconhece-se na realidade de formação dos/as profissionais de saúde brasileiros, a importância da perspectiva da Educação e do Trabalho Interprofissional (Peduzzi, 2016). Nesse sentido, entendemos que as atividades desenvolvidas durante nossas práticas, com base na perspectiva da EIP e do desenvolvimento das competências colaborativas apresentaram-se como promissoras na nossa formação enquanto futuros trabalhadores/as do SUS. Principalmente por proporcionarem uma atuação partindo das necessidades dos/as usuários/as e promover a integração ensino-serviço-comunidade.

Dessa forma, reafirmamos a relevância da produção de estudos como esse, que descrevem experiências de formação no SUS com base na EIP, dado que tem o poder de reconhecer e valorizar, ao mesmo tempo, o trabalho integral realizado na APS e as iniciativas de educação em saúde. Como sabemos, ainda hoje, muitos/as profissionais chegam aos serviços de saúde sem nenhuma experiência anterior com o campo, dificultando em muito a realização de seu trabalho. Dessa forma, iniciativas de aprendizagem com os/as estudantes de saúde no cotidiano dos serviços do SUS ainda na graduação favorecem a qualificação desses futuros/as trabalhadores/as.

Ademais, enfatizamos a defesa por um modo de cuidado com base na integralidade da atenção e na ampliação da clínica, tal como preconizam os princípios do SUS. Dessa forma, a metodologia do AM trazida em nossa vivência apresentou-se enquanto uma ferramenta potente para

a qualificação do atendimento prestado aos usuários e ampliação do cuidado na APS, através do suporte às ER. No decorrer de nossas práticas, buscamos evitar todos os caminhos que levassem a uma clínica pronta, hegemônica e centrada em respostas únicas para todos os casos; ao contrário, operamos na perspectiva da clínica do sujeito, pois é esse mesmo que dá a direção do caminho, e para ele são produzidas ofertas singulares, sempre em busca do desenvolvimento de sua autonomia e a favor da ampliação de seus modos de vida, jamais do controle.

Tal defesa ganha singular importância no momento histórico em que vivemos, marcado ainda pelo desfinanciamento de políticas de ampliação da integralidade no SUS, como o NASF - em situação de desmonte no município de João Pessoa. Diante dessa realidade, acreditamos que as atividades desenvolvidas durante a nossa atuação nessa rede ganharam um caráter de resistência, através de uma prática ética e política, comprometida com os princípios do SUS, na tentativa de ampliar o direito de atenção à saúde dos/as usuários/as da Unidade em que atuamos. Dessa maneira, concluímos que defender o nosso sistema de saúde pública, as conquistas do movimento sanitário e da RPB, o NASF, o AM e uma perspectiva de clínica ampliada é uma luta imprescindível para a garantia da manutenção do acesso à saúde de todos.

Nessa perspectiva, destacamos as conquistas recentes no que diz respeito à nova proposta de implementação de equipes multiprofissionais na APS, as eMulti's, de acordo com a portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Embora João Pessoa ainda não tenha nenhuma portaria de credenciamento dessas equipes até o presente momento, segundo o portal de dados do Governo da Paraíba, o Estado já conta com aproximadamente 100 cidades com eMulti's credenciadas.

Com isso em vista, indicamos a importância da investigação dessa estratégia em pesquisas futuras na realidade paraibana, sobretudo no que diz respeito à como está se dando a inserção da Psicologia nessas equipes. Por último, na realização de estudos sobre as equipes multi/interprofissionais dessa rede, sugerimos pesquisas que aprofundem a discussão sobre o que teria acontecido com os profissionais NASF após a portaria de desfinanciamento desse núcleo, visto que encontramos uma lacuna na literatura acerca dessa realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, M. de L., & Romagnoli, R. C. (2017). Prática do Psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos Clínicos*, 10(2), 284-299.
- Bock, A. M. B. (2009). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e o compromisso social* (2ª ed., pp. 15-28). São Paulo: Cortez.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 30(3), 634-649.
- Brasil. (2003). *Direito sanitário e Saúde pública*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(4), 849-859.
- Campos, G. W. de S., Figueiredo, M. D., Pereira Júnior, N., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 983-995.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *A national interprofessional competence framework*. Vancouver.
- Cassiano, M., & Furlan, R. (2013). O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. *Psicologia & Sociedade*, 25, 372-378.
- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Resolução Administrativa/Financeira nº 13/2007*. Brasília.
- Costa, M. V., Patrício, K. P., Camâra, A. M. C. S., Azevedo, G. D., & Batista, S. H. S de S. (2015). Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 709-720.
- Costa, M. V. (2017). A Potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In R. F. C. Toassi (Org.), *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* (1ª ed., pp. 14-27). Porto Alegre: Rede Unida.
- Daneluci, R. de C. (2013). Psicologia e saúde como campo de interrogações. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 18-24.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud. Psicol., Natal*, 3(1), 53-81.

- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e sociedade*, 18(1), 63-74.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(SPE), 232-245.
- Faria, R. (2013). A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia*, 9(16), 131-147.
- Filho, J. R. F., & Silva, C. B. G. (2017). Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na Política Nacional de Saúde. In R. F. C. Toassi (Org.), *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* (1ª ed., pp. 28-39). Porto Alegre: Rede Unida.
- Ferreira, R. C., Fiorini V. M. L., & Crivelaro E. (2010). Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34 (2), 207–215.
- Frenk, J., et al. (2010). Profissionais de saúde para um novo século: transformando a educação para fortalecer os sistemas de saúde num mundo interdependente. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 41(112).
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. Plageder.
- Lucena, R. N. L. S. (2019). O trabalho do NASF na Paraíba: Potencialidades e fragilidades da atuação profissional na perspectiva da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Ministério da Saúde. (2010). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 27). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Ministério da Saúde. (2020). *Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Governo Federal.
https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC). (2011). Core competencies for Interprofessional Practice: Report on an Expert Panel. Washington.
- Macêdo, P. H. S. de, Lima, B. P. da S., & Arce, V. A. R. (2022). O Núcleo Ampliado de Saúde da Família como espaço estratégico de aprendizagem interprofissional em saúde. *Distúrbios Da Comunicação*, 34(1), e54130.

- Moreira, J. de O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. de O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 27(4), 608–621.
- Nogueira, N. F. O., Mora, C. S., & Teixeira, D. S. (2021). Apoio Matricial e Saúde Mental: relato das potencialidades e desafios no fazer do NASF por uma psicóloga em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 10(3), 455-468.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R. de, Carvalho, D. B. de, & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9(17), 71-89.
- Paulon, S., Neves, R., Dimenstein, M., Nardi, H., Bravo, O., Galvão, V. A. B. de M., Severo, A. K. de S., & Figueró, R. (2013). A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Psicologia para América Latina*, (25), 24-42.
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 199-201.
- Peduzzi, M. (2017). Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In R. F. C. Toassi (Org.), *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* (1ª ed., pp. 40-48). Porto Alegre: Rede Unida.
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1525–1534.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane database of systematic reviews*.
- Secretaria de Estado da Saúde. (2020). *Plano Estadual de Saúde da Paraíba 2020 – 2023*. Governo da Paraíba.
<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-de-planejamento-orcamento-e-gestao/institucional/diretorias-2/PLANOESTADUALDESAUDEPB20202023.pdf/view>
- Spink, M.J.P. (1992) Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo do saber. In: M. J. P. Spink (Org.), *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos* (9ª ed., 29-39). São Paulo: Vozes.

ANEXO

ANEXO A. Regras de Submissão

Submissão

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Diretrizes para Autores

Os autores devem ler e cumprir as recomendações da Seção Políticas de acordo com o desenho do estudo a ser submetido à Revista Psicologia, Diversidade e Saúde (RPDS).

O artigo pode ser submetido em português, espanhol e/ou inglês e os autores são responsáveis pelo conteúdo e pelas correções ortográficas, gramaticais, de pontuação e acentuação.

A RPDS não cobra taxas de processamento ou publicação de artigos.

FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde adota os padrões de publicação da Associação Americana de Psicologia - APA (6ª edição, 2010).

No processo de preparação do manuscrito, a relevância social e científica deve ser explícita.

Cada manuscrito, independentemente de sua estrutura metodológica, deve conter: resumo, introdução, método, resultados, discussão - que pode ser junto com os resultados no caso de estudos de abordagem qualitativa, ou separadamente no caso de abordagens quantitativas - seguido de considerações ou conclusões finais.

O texto completo deve ter entre 15 e 25 páginas, excluindo resumos e referências. As auto-citações e notas de rodapé devem ser evitadas.

Diretrizes atualizadas em 10/04/23

Condições para submissão

Todas as submissões devem atender aos seguintes requisitos.

- **Formatação:** Utilize tamanho 12 com espaçamento 1,5. Evite citações diretas e notas de rodapé sempre que possível e empregue o sistema métrico.
- **Tabelas, figuras, quadros, gráficos, bancos de dados etc:** Questionários, entrevistas, tabelas, figuras, gráficos, quadros e bancos de dados devem ser enviados como arquivos suplementares, devidamente identificados. Tabelas, figuras, quadros e gráficos também devem constar no manuscrito nos seus devidos lugares. Utilize o modelo APA de tabelas e quadros.

- **Extensões de arquivos:** Arquivos de textos devem ser enviados com extensão .doc. Tabelas devem ser enviadas com extensão .xls ou .doc. Os bancos de dados devem ser enviados com extensão .xls. Arquivos de imagem, como figuras e gráficos devem ser enviados com extensão .jpg, .png ou .tiff e 300dpi de resolução. Nenhum arquivo deve exceder 4Mb.
- **Título, resumo e palavras-chave:** O manuscrito deve conter título, resumo e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Adicionalmente, o sistema solicitará a inclusão do título, resumo e palavras-chave durante a submissão. Esses dados devem ser inseridos conforme solicitado para que o artigo possa ser encaminhado para avaliação. O título deve ser objetivo, o tamanho indicado é de até 12 palavras sem abreviações. As palavras-chave, no mínimo 3 e no máximo 5, devem ser selecionadas no [Medical Subject Headings](#) (MeSH) ou na [Biblioteca Virtual em Saúde em Psicologia](#) (BVS-Psi Brasil). Os resumos devem ser estruturados e conter no máximo 250 palavras e, sempre que for possível, introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão e conclusão.
- **Autoria:** Cada manuscrito poderá ter até seis (06) autores, exceto em caso de estudos multicêntricos, que poderão ter mais autores. Os seguintes dados referentes a autoria são obrigatórios e devem ser informados nos campos adequados do formulário de submissão: a) nome de todos autores por extenso e sem abreviaturas, b) [ORCID](#), c) afiliação profissional principal, d) cidade, estado, país e) e e-mail. Exemplo: *Maria da Silva. Universidade Federal do Acre. Rio Branco, Acre, Brasil. mariadasilva@bahiana.edu.br (ORCID XXXX-0000-XX00-X1X5)*. O sistema enviará mensagens automáticas a cada autor com link para autenticação do ORCID de cada um, etapa que é obrigatória para todos os autores para que o artigo seja liberado para avaliação de editores e pareceristas. As contribuições individuais de cada autor devem ser listadas em um documento separado, que deve ser incluído no sistema como arquivo suplementar conforme modelo: *Silva LD participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, busca e análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados, redação do artigo científico. Silva J participou da coleta e interpretação dos dados. Silva ER participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados do artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.* Seguimos os critérios de autoria do ICMJE. Clique no [link](#), caso precise, para entender o que constitui ou não a autoria de um texto científico.
- **Integração com redes sociais:** Cada autor pode fornecer no máximo um perfil de rede social, que será publicado junto com suas informações de autoria em caso de submissão aceita. Esse é um recurso opcional e não é uma condição obrigatória para avaliação de texto submetido à revista. O perfil de rede social fornecido deve ser usado apenas para disseminação e debate científicos.
- **Conflitos de interesses:** Os autores devem informar qualquer conflito de interesse real ou potencial, incluindo quaisquer relações financeiras, pessoais ou outras que possam influenciar inadequadamente ou parecer influenciar seu trabalho no campo "Comentários para o editor".
- **Fontes de financiamento:** Todo e qualquer financiamento recebido pelos autores para realização da pesquisa incluindo bolsas, subsídios, cortesias e honorários devem ser informadas no campo "Comentários para o editor".
- **Referências:** As referências bibliográficas devem ser formatadas no [estilo APA](#). Artigos originais podem empregar no máximo 25 referências e revisões de literatura, 50. Quando uma referência possuir um Digital Object Identifier (doi®) associado a ela, o doi® deve ser informado na referência.
- **Ética em Pesquisa:** Toda pesquisa que envolva estudo com seres humanos e outros vertebrados deverá citar, no manuscrito, o protocolo de pesquisa aprovada pela respectiva comissão de ética da instituição onde o trabalho foi desenvolvido de acordo com a legislação vigente. É proibida a identificação de participantes de pesquisa, assim como o uso de suas iniciais, nome e número de registro, exceto nos casos previstos na [resolução 510 de 2016](#) do Conselho Nacional de Saúde. O termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelo participante da pesquisa, autorizando o uso de sua imagem e/ou documentação médica para fins científicos deverá ser fornecido pelos autores como arquivo suplementar quando solicitado pela RPDS. Todos os ensaios clínicos devem ser registrados nas plataformas [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#), [ClinicalTrials.gov](#) ou [Registro Brasileiro](#)

[de Ensaaios Clínicos \(ReBEC\)](#) antes do ensaio clínico ter início. O número de registro do ensaio clínico deve constar no manuscrito e ao final do resumo e do abstract. Mais informações sobre registro de ensaios clínicos e publicação [aqui](#).

- Reprodução de conteúdo protegido por direitos autorais: Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o país de fabricação entre parênteses. Ao reproduzir material protegido por direitos autorais, os autores devem enviar como arquivo suplementar a autorização dos detentores dos direitos autorais, inclusive para reprodução de figuras, gráficos, tabelas e demais elementos gráficos.
- Republicação: Esta revista publica exclusivamente conteúdo inédito, exceto quando a [condições](#) previstas pelo Comitê Internacional de Editores de Periódicos da Área Médica (ICMJE, em inglês). Neste caso, os autores devem enviar como arquivo suplementar a autorização da casa publicadora detentora dos direitos autorais da primeira publicação. A primeira publicação deve ser citada em nota de rodapé também. A submissão prévia de artigos em servidores de pré-prints é encorajada e não constitui violação desta norma.
- Integridade de relato: Quando disponível para o tipo de relato submetido, o respectivo [checklist EQUATOR](#) preenchido, informando em qual página do manuscrito consta cada item obrigatório por desenho de estudo, deve ser enviado como arquivo suplementar no momento da submissão.

Atualizadas em 29 de agosto de 2023.

Relatos de Experiência

Relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, de interesse e relevância científica e social para as diferentes áreas do conhecimento. Seus resultados devem contribuir para a melhoria de práticas profissionais e formativas em Psicologia, Saúde e Educação. E sua apresentação deve contemplar sólido lastro metodológico e consistente discussão teórica.

Declaração de Direito Autoral

Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](#).



Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros. Declaração revisada em 08 de setembro de 2021