

Informes de experiencia

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

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

Gabriel Cunha Darzé¹ 
 Gerfson Moreira Oliveira² 

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

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

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 Comunitario 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.

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 psicosocial no SUS.

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

Presentado 18/04/2023, Aceptado 17/10/2023, Publicado 04/12/2023

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

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

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar, Martha Castro

Cómo citar este artículo: Darzé, G. C., & Oliveira, G. M. (2023). Acogida de personas en angustia psicológico intensa en una unidad básica de salud: relato de un psicólogo residente. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 12, e5203. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5203>



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.

Introducción

El principal punto de ingreso a la salud pública en Brasil es la Atenção Primária à Saúde – APS (Atención Primaria de Salud), operada mayoritariamente por las Unidades Básicas de Saúde – UBS (Unidades Básicas de Salud) y las Unidades de Saúde da Família – USF (Unidades de Salud de la Familia) entre los dispositivos del Sistema Único de Saúde – SUS (Sistema Único de Salud). En lo tocante a la atención a la salud mental del SUS, la APS es esencial para el acceso del sujeto-ciudadano en Sufrimiento Psíquico Intenso (SPI) a la atención básica y a la atención psicossocial estratégica en los diversos servicios de salud, al igual que en otros sectores sociales, y es ideal que este sujeto sea acogido sin ser discriminado y que venga a recibir la atención singular que necesita (Miranda et al., 2021).

El paradigma de la atención psicossocial, modelo de atención adoptado por la política nacional de salud mental en Brasil (Amarante, 2007), es uno de los principales temas a ser discutidos en este artículo. El contexto del estudio se pasa en la ciudad de Salvador, Bahía, en especial en el territorio-barrio de Pau da Lima, una región periférica, ubicada en el Distrito Sanitário Pau da Lima - DSPL (Distrito Sanitario de Pau da Lima), con una extensión territorial de 25,4 km² y una población de 299.132 habitantes detectada en el censo del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), con una red de cuidados que aún necesita mayor inversión y cualificación para el acceso de la población. Esta red, que será descrita con más pormenores en el transcurso del artículo, cuenta con apenas cinco unidades de APS y un Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II (Centro de Atención Psicossocial II).

Frente a este escenario sanitario presente en el DSPL, son necesarios servicios complementarios. Entre estos, se destaca la unidad básica de salud de enseñanza-atención Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP). El CCVP asiste a una parte de la población del barrio de Pau da Lima, ofreciendo atención multidisciplinaria como medicina, nutrición, odontología, trabajo social, psicología, fisioterapia y enfermería, siendo las tres últimas categorías profesionales asociadas a la Residência Multiprofesional em Clínica de la Persona y de la Familia de la Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)/ Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB (Secretaría de Salud del Estado de Bahía).

Además de la atención clínica multidisciplinaria, el CCVP ofrece a la población, de forma gratuita, grupos de convivencia y educación sanitaria, visitas domiciliarias, cursos profesionales y prácticas integradoras y complementarias en salud. El flujo de reservación e inscripciones se realizaba dos veces por semana, pudiendo realizarse excepcionalmente en la recepción en cualquier día y hora. Por otro lado, el flujo específico para los interesados en la atención psicológica se realizaba únicamente en la recepción, en un día fijo de cada mes y con interrupción cuando se alcanzaba el límite preestablecido de usuarios. Con respecto a las discusiones clínicas, no hay reunión general del equipo, solo reuniones entre los grupos, ya sean de categoría técnica o compuestos por varias categorías profesionales, y entre los responsables de la unidad. Tal descripción imprime la idea de que un amplio servicio de promoción de la salud se establece en medio de un escenario que no es capaz de satisfacer

las necesidades de salud mental de la población que vive en el DSPL, sin embargo, aun así, gran parte del potencial de esta unidad termina por no ser utilizado en su totalidad. A la vista de los procesos desarrollados en el servicio de psicología del CCVP, es evidente cuán infrautilizadas están las oportunidades para promover la ampliación de la atención a la salud mental, apoyada en la perspectiva de la atención psicosocial.

Dentro del contexto presentado, la experiencia como psicólogo residente, tema central de este artículo, resulta ser extremadamente rica en conocimientos, aprendizajes, barreras y desafíos. Existe un valor científico en la escritura basada en la práctica de los profesionales del SUS, siendo una historia que necesita ser relatada por sus protagonistas, muchas veces ofuscadas detrás de indicadores numéricos (Endo, 2017). En el caso de la experiencia del residente, se trata de un informe aún más anhelado, siendo un espacio deseado por muchos profesionales sanitarios.

En la atención al sujeto en SPI es fundamental una red bien articulada entre los dispositivos de salud de un territorio. Dentro de lo recomendado por el [Ministério da Saúde](#) (2004a), la Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Red de Atención Psicosocial), compuesta por servicios estratégicos como los CAPS en sus diversas modalidades y un conjunto de otros establecimientos de salud en los diversos niveles de atención del SUS, especialmente APS y Servicios de Emergencia (SE) Psiquiátrica, realizaría una atención longitudinal especializada a las personas en SPI, con estos puntos de la red en constante comunicación, además de estar preparados, tanto en los aspectos técnicos como estructurales, para dar cabida a las demandas de salud mental de la población.

En el artículo “Reforma Psiquiátrica en Bahía: desafíos y (des)caminos”, [Fornazier](#) y Delgado (2011) señalan un escenario que, delante de lo vivido y relatado en este artículo, sigue siendo muy actual. Ya sea por el reducido número de dispositivos de salud mental, por la precariedad de la relación laboral de los técnicos, o incluso por la falta de apoyo matricial de los servicios especializados a la APS, el RAPS de Salvador atraviesa una situación de fragilidad, y el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) II Pau da Lima (referencia del territorio) no puede inscribir nuevos usuarios, debido a la falta de coordinación técnica y

de personal técnico adecuado a la demanda de los usuarios ya inscritos, lo que repercute en el aumento de la demanda reprimida, con repercusiones en la atención de las personas en SPI en las unidades de APS. Frente a la experiencia de psicólogo residente, aún apoyado por experiencias previas en la atención a la salud mental del SUS, en un CAPS Alcohol y otras Drogas también en la ciudad de Salvador, se formó una visión crítica sobre diversas consecuencias y estrategias para enfrentar esta realidad, alimentando un potencial para la discusión de este tema a través de un relato de experiencia.

El escenario de la atención a la salud mental en el territorio descrito es de circunstancias de clausura. Situado en el CCVP, el equipo de salud a menudo se pregunta: ¿qué hacer? Sabemos que es función de la APS acoger los casos de sufrimiento psicológico leve, moderado e intenso, sin embargo, en los casos graves, no poder contar con el buen funcionamiento del RAPS limita las posibilidades de acciones de atención integral por parte del equipo. ¿Sería una respuesta correcta asumir casos complejos de SPI en una unidad de salud docente-asistencial como el CCVP, con objetivos diferentes más allá de la promoción de la salud y la recepción del dolor emocional de las personas en su territorio? ¿El dilema ético de la atención, basada en los principios de la atención psicosocial, es solo de quienes firman las historias clínicas de personas que dicen, por ejemplo, que no ven sentido a la vida cotidiana, sin presentarles una alternativa prevista en la Constitución? ¿O son también los que auditan los avisos públicos solicitados por las Comunidades Terapéuticas (CT) religiosas del modelo de *neo-asilo*, en detrimento de la inversión en RAPS y en lo que propone el SUS sobre la atención de quienes padecen Trastornos Mentales Graves (TMG) ([Conselho Federal de Psicologia](#), 2018)? Al fin y al cabo, quienes formulan también implementan políticas, modificándolas y decidiendo qué líneas trazar en sus prácticas cotidianas ([Feuerwerker](#), 2014)

Este relato de experiencia tiene como objetivo profundizar en la experiencia clínica del psicólogo residente en la Clínica de la Persona y de la Familia: sus ausencias, apoyos, inseguridades y acciones. Este artículo propone una búsqueda de una intersección entre la salud mental, el contexto social y la APS, reflexiones constantes de quienes piensan

¹ Proyectos que reintroducen el aislamiento visto en el total de las instituciones, proponiendo la hospitalización y permanencia involuntaria, irrespetando así la libertad de los ciudadanos (CFP, 2017).

(y construyen) propuestas de atención a la salud mental en Brasil (Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002). Frente al escenario DSPL, en relación a la atención de la salud mental, las personas en SPI nos desafían a aprender haciendo lo imposible, evitando lo inevitable, comunicándonos en un teléfono inalámbrico en el que los oídos de los que necesitan ser activados ya están tapados.

Metodología

Se trata de una investigación cualitativa que tiene como base metodológica el relato de experiencia. Este método de estudio se caracteriza como una elección científica que involucra producciones subjetivas a través de una revisión bibliográfica narrativa y de escritura resultante de la experiencia de la práctica profesional (Daltro & Faria, 2019).

Por consiguiente, el científico investigador se coloca como sujeto de la investigación, en la búsqueda de una construcción y reconstrucción de saberes y haceres de su práctica. El potencial de escribir estas experiencias también implica la revisión de los hechos, permitiendo la emersión y asimilación de los contenidos experimentados (Endo, 2017).

Según Endo (2017), la escritura científica de los profesionales del SUS muchas veces es ofuscada por la avalancha de demandas asistenciales, perdiendo el valor científico de la experiencia y la valoración personal y profesional del técnico en su lugar de reflexión crítica. Parte de la propuesta metodológica de un relato de experiencia es la ruptura de las líneas divisorias neutralizantes, tan presentes en las ciencias occidentales, entre trabajador e investigador, empleado y población, ciencia y experiencia (Endo, 2017; Santos, 1987).

En la compilación del presente trabajo, partimos de la perspectiva de que, en las ciencias humanas, todo conocimiento es también autoconocimiento y, por lo tanto, la experiencia del investigador es también un dato científico, susceptible de análisis e investigación (Santos, 1987). El camino adoptado permite establecer relaciones entre las producciones previas y la

experiencia profesional del trabajador-investigador, identificando temas recurrentes y señalando nuevas perspectivas, buscando siempre consolidar un área de conocimiento (Daltro & Faria, 2019).

El proceso de comprensión de que un fenómeno experimentado es relevante hasta el punto de convertirse en investigación es también un tema importante en esta perspectiva metodológica, puesto que demuestra el deseo del investigador. La emoción que impulsa este deseo revela la dimensión personal, y proveniente de la práctica del cuidado, que abarca la investigación que seguirá, forjada por preguntas y percepciones surgidas de la práctica profesional (Endo, 2017).

La experiencia que se relatará es la de un psicólogo residente en la Clínica de la Persona y de la Familia (EBMSP/SESAB) en la acogida de personas en SPI en el ambulatorio de psicología del CCVP. El programa de residencia cuenta con psicólogas(os), enfermeras(os) y fisioterapeutas, insertas(os) en la atención integral de la persona en SPI también a través de la atención prestada en visitas domiciliarias y atención ambulatoria multiprofesional en el ámbito de la clínica ampliada, actividad que acoge casos complejos en todas las áreas de la salud biopsicosocial de la persona y la familia.

El periodo de actividades de la residencia en el CCVP fue entre marzo de 2021 y noviembre de 2022. En los primeros 12 meses, las actividades involucraron la atención ambulatoria individual y las actividades multiprofesionales en grupos de convivencia y atención ambulatoria. El flujo del ambulatorio de psicología, principal espacio de contacto del residente con las personas en SPI, funcionó a través de demandas espontáneas y referencias internas, pasando por un espacio de escucha inicial con residentes y aprendices de psicología y siendo referidos al ambulatorio de psicología si se identificaba una demanda de tal servicio. En los últimos 9 meses de las actividades de residencia en el CCVP se continúa con la atención ambulatoria, siendo el principal cambio la salida de los residentes de los grupos de convivencia y la realización de prácticas externas.

La unidad docente-asistencial está ubicada en el DSPL, llena de vulnerabilidad social, violencia urbana y escasez de espacios comunitarios y de atención integral en salud. En el territorio asignado por el CCVP, solo se muestra una pequeña parte de esta realidad, difundida a lo largo de la DSPL, teniendo en la experiencia de práctica externa en el CAPS II Pau da Lima una oportunidad para ampliar la visión sobre la recepción de personas en SPI en el contexto de la DSPL, siendo una experiencia también incorporada en este trabajo.

Discusión

El inicio de la residencia ocurrió en 2021, con la reapertura cada vez más intensa del CCVP, y de todos los servicios de APS, después del período de cierre debido a la pandemia de COVID-19. Esta situación generó una considerable demanda reprimida, además de un proceso de agravamiento y la aparición de más demandas en materia de salud mental debido al estrés, el aislamiento y el sufrimiento causados por la pandemia (Melo et al., 2020). Esta realidad fue percibida de pronto por el Núcleo de Psicología – NUPSI (Centro de Psicología), cuando las listas de acogida, disponibles mensualmente en la recepción del servicio, generaron colas y terminaron con cerca de 30 (treinta) personas inscritas, y podrían ser aún más si no se interrumpiera el proceso. Con la fragilidad de la APS en el DSPL, la población demandó servicios de psicología en el CCVP, como un río que desemboca en un valle, previamente bloqueado por una represa.

Es importante destacar que, de acuerdo con la Portaria 336 de 2002, un Distrito Sanitario (DS) como Pau da Lima requiere 10 (diez) dispositivos de APS con equipos completos (Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002). Sin embargo, actualmente solo 5 (cinco) unidades de APS se encuentran en el territorio de este DS, y se puede afirmar, a través de la experiencia de la residencia, que muchas de ellas cuentan con equipos incompletos (Secretaria Municipal da Saúde, 2022). Dichas unidades no cubren el territorio de manera satisfactoria, lo que lleva a una población abandonada en su atención de salud, además de, en muchos casos, experimentar una intensa vulnerabilidad social.

El flujo de atención en el NUPSI funcionaba de la siguiente manera: después de la recolección de la lista de los interesados en el servicio, se establecía contacto telefónico con los interesados y se programaba un tiempo de atención con escucha calificada, realizado tanto por psicólogos residentes como por aprendices de psicología, en un turno de acogida denominado *Espaço Cuidar*.

Las demandas de las personas que llegaban a la acogida de Psicología, llamado *Espaço Cuidar* por el equipo, eran diversas, variando en su complejidad. Estas referencias fueron hechas en vista de la percepción del equipo de una demanda de sufrimiento psicológico por parte de un usuario durante otras actividades del servicio.

La propuesta fue trabajar desde la perspectiva de la escucha y el apoyo psicológico, las intervenciones sucintas y la psicoterapia breve. Más allá de ser intervenciones psicológicas compatibles con la APS (Fiorini, 2004), tenían como objetivo atender la rotación de quienes accedían a este servicio y la resolución de las demandas más urgentes con la promoción de la salud mental de forma integral a través de los demás servicios del CCVP, como, por ejemplo, la referencia a otras categorías profesionales y grupos de convivencia y educación para la salud. Sin embargo, las demandas a veces pasaban por un nivel de complejidad que una breve intervención psicológica no podía abarcar. Varios casos de conductas suicidas, conversiones psicósomáticas, estrés agudo, aislamiento social intenso y traumas severos resultantes del duelo real y simbólico llegaron al *Espaço Cuidar*, demandas de salud mental también observadas en otros servicios de salud durante este período (Greff et al., 2020). Este perfil del paciente llevó a el NUPSI a flexibilizar la metodología de atención, entendiéndolo que, desde el momento en que se recibió el caso, no podía enmarcarse en un abordaje que no le sirviera, solo porque era la estrategia preestablecida por el servicio.

En ocasiones, en discusiones internas en el NUPSI, el grupo, compuesto por un perceptor y cuatro residentes, todas(os) psicólogas(os), se preguntaba cuál era la alternativa. En el DSPL solo existe un CAPS de tamaño mediano caracterizado como CAPS II, aunque el territorio requiere un CAPS III, con un equipo multidisciplinario ampliado y capacidad de

recepción nocturna por un período de un máximo de 15 días. La falta de equipamiento suficiente para atender a la población en SPI muchas veces sobrecarga al equipo del CAPS, que ya es lejos del ideal para la atención a los usuarios ya inscritos, y que en el período relatado por esta experiencia no estaba proporcionando nuevas recepciones, solo con apoyo matricial a los casos más graves que llegaban a la USF y UBS del DSPL, a través de reuniones, capacitaciones y visitas domiciliarias conjuntas. Es importante destacar que esta dinámica de apoyo matricial - un arreglo organizativo que tiene como objetivo proporcionar apoyo técnico y formativo en salud mental a los equipos de atención primaria (Iglesias & Avellar, 2019) - no incluye el CCVP, ya que se trata de un servicio complementario no vinculado a la administración pública dentro de la red sanitaria del territorio.

Frente a la situación de la red de atención a la salud mental del DS Pau da Lima, no acoger a las personas en SPI en el CCVP sería omitir, como profesionales, a una persona en SPI, ya sea con una TMG diagnosticada (con antecedentes de hospitalización y seguimiento psiquiátrico) o una persona que, en el contexto de la pandemia, haya desarrollado un problema crónico de salud mental frente al contexto asfixiante que se presentó.

Identificar que, para atender la demanda continuada de una población en sufrimiento y vulnerabilidad, es necesario que un servicio docente-asistencial, inserto en un DS extremadamente poblado, reciba, de forma casi irrestricta y solitaria, casos graves de personas en SPI, conduce a un sentimiento de angustia e indignación. La red de servicios del SUS se está quedando corta y un servicio complementario como el CCVP no puede sostenerla. El desafío aumenta cuando, caso por caso, el NUPSI intenta hacer todo lo posible y se topa con los límites del servicio y del territorio.

Actuando contracorriente: entre la fragmentación y la integralidad del cuidado en salud mental

En se tratando de personas en SPI acogidas en el CCVP, el servicio ambulatorio de Psicología sirve como hilo conductor, ya que es un servicio con consultas semanales y la construcción de un vínculo terapéutico más fuerte. Además de este servicio, las personas en SPI tienen a su disposición el servicio de psiquiatría de la unidad, gestionado dentro de las

disciplinas de aprendices del curso de medicina de la EBMS. Dichas gestiones asociadas a la actividad de graduación, a pesar de ser importantes para la consolidación del SUS como escuela para sus futuros profesionales, conlleva a varios problemas, que limitan la calidad de la atención a la salud mental ofrecida por la unidad, en contra a la evolución clínica del paciente y el ejercicio clínico del residente.

La atención psiquiátrica en el CCVP suele ser realizada por pasantes en medicina en las actividades curriculares del servicio. Guiados por sus preceptores, los abordajes tienden a ser problemáticos cuando relatados por los pacientes en las consultas externas de psicología, y las conductas, farmacológicas o no, distan mucho de la singularidad de cada caso.

Esta realidad lleva a una ruptura de la confianza del paciente en este servicio, algo a lo que también se hace referencia a menudo en las consultas externas de psicología, o incluso se demuestra por la mala adherencia a la medicación y las constantes dudas sobre el tratamiento, que no pueden ser resueltas en las consultas psiquiátricas (André, 2016). Los pacientes con impresiones equivocadas sobre los tratamientos farmacológicos psiquiátricos son una de las principales barreras para la adherencia al tratamiento. Creencias como que el uso de un antidepresivo puede conducir a la adicción, o que un trastorno mental es necesariamente incapacitante, agravan el malestar psicológico y perjudican la evolución del seguimiento, y son narrativas comunes entre los pacientes del NUPSI (Miranda et al., 2021).

Hay experiencias exitosas en la APS en la búsqueda de una mayor adherencia a la medicación psiquiátrica de los pacientes, como es el caso del proyecto *Una Dosis de Atención*, descrito por André (2016) como una iniciativa con el objetivo de humanizar la atención, fortalecer el vínculo entre el usuario y la unidad y ayudar a estos usuarios y familiares en el uso cotidiano de medicamentos, por medio de atención ambulatoria y visitas domiciliarias. A partir de los principios de la reforma psiquiátrica, y de los principios de integralidad y equidad en la atención de la salud, el movimiento para atender a las demandas específicas de las personas en SPI tiene como objetivo una atención particular para cada sujeto, con el propósito de posibilitar la convivencia en la sociedad de este grupo estigmatizado. Esta actividad podría tomarse como ejemplo para mejorar la atención a la salud mental en el CCVP.

La cuestión más compleja en la atención a la salud mental de la persona en SPI en el CCVP, en lo que se refiere a la atención psiquiátrica, que afecta de manera más marcada a la experiencia formativa del residente y a la calidad de la atención a la salud mental ofrecida, está asociada a la falta de diálogo entre los profesionales médicos de este sector y los demás profesionales de la salud de la unidad, destacándose las(os) psicólogas(os) residentes. Esto se debe principalmente al hecho de que la atención psiquiátrica se lleva a cabo en un anexo diferente de la atención psicológica, lo que dificulta su cumplimiento y conduce a una división entre las dos historias clínicas. Las evoluciones de psiquiatría, así como las de ginecología, se encuentran en el anexo 5 (cinco), mientras que las de psicología, así como la mayoría de los servicios ofrecidos por el CCVP, se encuentran en el anexo 2 (dos), unidad principal.

En la búsqueda de una perspectiva más amplia sobre la falta de oferta de un tratamiento unificado de salud mental en el CCVP, es importante destacar que no existe un momento institucionalizado para la discusión de casos entre los sectores involucrados en la atención de los que están en el SPI y son atendidos en el CCVP, siendo estos sectores, especialmente la psiquiatría y la psicología, algo esencial para posibilitar una atención basada en la perspectiva de la atención psicosocial y el aprendizaje multiprofesional, tratando de deconstruir la fragmentación de las acciones de salud, tal como se prevé en la descripción del programa de residencia (Amarante, 1998, 2007; Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2020).

En la ausencia de un momento formal para discutir los casos de SPI atendidos por los servicios ofrecidos, incumbe a los profesionales buscar ese diálogo, moviéndose entre los anexos, leyendo las historias clínicas y, cuando posible, dialogando de hecho unos con otros. Por razones que van más allá de lo que la experiencia como psicólogo residente puede aportar em términos de información, los profesionales médicos de este sector, así como los estudiantes de graduación de medicina en aprendizaje en el CCVP, hacen poco ese movimiento, configurado como el rol del residente hacer solo lo que debería ser en conjunto, en la búsqueda de una atención adecuada en salud mental para el sujeto que llega a ambos servicios ofrecidos. Esta realidad refuerza la percepción de una verticalidad del conocimiento

médico, entendida por Foucault como una distorsión del conocimiento debido a su dimensión de orden y poder, representando una herencia de aquel que fue y que sigue siendo combatido por la reforma psiquiátrica brasileña (Amarante, 1998; Labate et al., 2008). Cuando se trata de otros profesionales del servicio, que no están insertados en la residencia multiprofesional, la aproximación para discusión es aún limitada, y existe una consulta externa psicosocial coordinada por un trabajador social que tiene como objetivo esta discusión, sin embargo, el espacio es aún insuficiente para promover una articulación interprofesional más amplia a favor de un cuidado psicosocial longitudinal y resolutivo.

Equipoderesidentesdepsicologíaeeconstantemente las historias clínicas de psiquiatría y busca, aunque estén en actividad, reunirse con profesionales médicos durante sus turnos y discutir los casos mínimamente. Esto configura un movimiento contrahegemónico de búsqueda, a través de la micropolítica, de acciones que posibiliten la construcción de una nueva ética del trabajo dentro del CCVP (Foucault, 1986). Sin embargo, esta realidad, aunque legitimada por los estudios sobre la micropolítica del trabajo vivo en acción (Feuerwerker, 2014) dista mucho de ser ideal. El diálogo entre los sectores que operan la especialidad en salud mental en el CCVP es una demanda urgente que puede ser mejor trabajada por los equipos de la unidad, y el movimiento de cambio también debe provenir de la dirección.

Dicha determinación de que la atención a los detalles que marcan la diferencia en la atención debe atravesar la consideración de todos los involucrados, directa e indirectamente, con la promoción de la salud al usuario de un servicio público, no es solo teórica, ya que está incluida en la Política Nacional de Humanização – PNH (Política Nacional de Humanización) (Ministério da Saúde, 2004b). El grado de corresponsabilidad de los diferentes actores, además del diálogo e intercambio de conocimientos entre los diferentes profesionales y sectores son señas de identidad del PNH. Involucrar al usuario, sus conocimientos y deseos en este proceso, y fortalecer el vínculo, no con un profesional, sino con los servicios y la red asistencial en su conjunto, solo es posible cuando se entiende que existe un carácter participativo en todas las instancias del SUS, incluyendo la gestión.

Sosteniendo una gran estructura asistencial como la del CCVP, en los casos de SPI, es una clínica menor, que busca romper los procesos preestablecidos, teniendo en cuenta las pequeñas salidas y a las pausas rápidas con escucha atenta (Brasileiro y Barone, 2017). Las pequeñas remisiones, aceleradas más allá de lo que sería el orden establecido de atención, pueden marcar la diferencia para un sujeto que sufre cuando la atención se rompe en sectores que no se comunican.

El concepto de clínica menor, paralelo a la clínica de esquizoanálisis de Deleuze y Guattari, es trabajado por Brasileiro y Barone (2017), también en el contexto de una residencia, como la búsqueda de un cuidado singular, que se desprende de la normativa ya estandarizada, e intenta, en el curso de cada diálogo y promoción del cuidado, alcanzar el mayor poder de vida para la persona atendida. Este es el desafío asumido por el psicólogo residente del CCVP en contacto con personas en SPI, ya que las normas clínicas prescritas por el servicio no son capaces de sostener la atención desde esa perspectiva.

Mucho arco y poca flecha: la escasez de alternativas para referir pacientes

Cuando se trata de la atención integral de la persona en SPI, la atención ambulatoria ofrecida por el NUPSI puede ser de suma importancia en la búsqueda de una evolución positiva y el control de este tipo de casos, debido a su carácter semanal y a la creación de vínculos. Sin embargo, esta terapia es insuficiente en la mayoría de los casos con este grado de complejidad.

En el modelo de atención psicosocial, los grupos terapéuticos, volcados a personas con demandas similares de salud mental, e incluso los grupos de convivencia, buscando crear vínculos y pertenencia entre pares, son los puntos fuertes de la atención de las personas en SPI. De acuerdo con la Portaria 336/GM de 2004, la atención se presta predominantemente en grupos en el modelo de atención psicosocial, debido al intercambio sin precedentes que el grupo proporciona a sus miembros, lo que permite la construcción conjunta creativa de nuevas formas de relacionarse (Ministério da Saúde, 2001, 2004a).

Dentro del CCVP, el menú de grupos de convivencia es amplio, e incluso hay un grupo dirigido a personas con malestar psicológico, sin embargo, las personas

atendidas por el NUPSI en SPI, especialmente aquellas que tienen diagnósticos de TMG, generalmente no tienen interés en asistir a dichos grupos, porque creen que estarán expuestos a otros miembros de la comunidad. Este fenómeno puede entenderse a través de la noción del estigma que la persona en SPI lleva como loca, improductiva, peligrosa e impredecible (Goffman, 2001).

No existiendo un grupo terapéutico en el CCVP volcado a personas en SPI, la apertura de estos individuos a los grupos disponibles es difícil de lograr. También vale la pena mencionar que el modelo de estos grupos no favorece la atención de personas con condiciones de salud mental más graves, porque son grupos grandes y, como la gran mayoría de las actividades en el CCVP, realizadas por pasantes de medicina, aunque supervisados por psicólogos(os).

La resistencia de las personas en SPI a habitar espacios comunitarios abiertos al público, como en el caso de los grupos de convivencia ofrecidos por el CCVP, denota la fragilidad del proceso de educación en salud de la población y el bajo empoderamiento de estas personas respecto a su estado de salud mental. En varios casos monitoreados en ambulatorio de Psicología, se abordan estos temas, fomentando la disponibilidad de estos pacientes para asistir a los grupos comunitarios que se ofrecen, especialmente el grupo de Prácticas Integrativas Complementarias (PIC's) y el grupo enfocado en salud mental, y también existe el grupo para adultos mayores, un grupo enfocado en personas con enfermedades crónicas, entre otros.

En un caso emblemático, el paciente relató sentirse avergonzado de atender ambientes comunitarios en el barrio de Pau da Lima debido a la crisis en el territorio, frente a la población con la que convive hoy. Este fue el primer paciente que acogí en la clínica ambulatoria de Psicología. Su resistencia al proceso psicoterapéutico fue notable, aunque era asiduo y adepto a la medicación psiquiátrica. Proveniente de una hospitalización traumática debido a una crisis desencadenada por varios duelos, este paciente, que abusaba del alcohol, permaneció abstemio durante todo su período de control. La resistencia a asistir al grupo ofrecido por el CCVP se mantuvo, pero a través de una demanda constante de una postura más deseada y libre dentro y fuera de la psicoterapia, el paciente comenzó a encontrar motivación en su familia y en su propia historia de cambio.

El sentimiento de vergüenza en el contexto de la salud mental puede ser analizado como un factor agravante del sufrimiento psíquico, a través del concepto de humillación social, de [Gonçalves Filho](#) (1998), descrito como una angustia provocada por la discriminación social que no puede ser simplemente ser enfrentada en la medida en que es sentida, llevando a una parálisis y disminución del ego del sujeto. Sin embargo, esta misma vergüenza puede despertar una motivación para el cambio, un fortalecimiento de una nueva identidad, que critica su propio pasado sin negarlo, y, por lo tanto, pueda experimentar su presente sin miedo ([Alzuguir](#), 2014). Esta es una de las grandes luchas del proyecto de atención psicosocial, que no anhela soluciones totales ni servicios especializados que busquen abarcar las demandas de los sujetos en SPI, sino que trabaja para construir una sociedad inclusiva y posibilitar que un loco ejerza plenamente su ciudadanía.

La actualidad del proceso de reforma psiquiátrica, lucha por el modelo de atención psicosocial y la atención gratuita a las personas en SPI en Brasil nos impulsan a mirar hacia atrás. En la III Conferencia Nacional de Salud Mental ([Conselho Nacional de Saúde](#), 2002), quedó claro que la implementación de una nueva política de salud mental territorializada debe ser una prioridad en todo el país, con la inclusión social y la cualificación de la sociedad para vivir con la diferencia como objetivos básicos. Es más fácil decirlo que hacerlo, hoy Brasil se encamina hacia su V Conferencia Nacional de Salud Mental, y el mapa de servicios de atención longitudinal como APS y RAPS está muy por debajo de lo deseado, al menos en el DSPL, y cuando se trata de inclusión y educación en salud para que podamos vivir con locura de forma armoniosa, todavía queda mucho camino por recorrer.

Aunque en el entendido de que, en el modelo sustitutivo propuesto por la reforma psiquiátrica brasileña, la persona en SPI puede acceder a la APS, entre otros espacios comunitarios y sectores de salud, en vista del escenario inscrito en el CCVP, solo podemos mirar hacia afuera. Como se mencionó anteriormente, en el momento de este experimento, el CAPS II Pau da Lima no estaba reclutando nuevos usuarios, y este es el servicio de referencia disponible

para la referencia externa de estos pacientes dentro del DSPL. El CAPS sigue la perspectiva de la atención psicosocial y, por lo tanto, ofrece grupos terapéuticos que promueven la identificación entre pares que favorece la evolución positiva del sujeto en SPI ([Ministério da Saúde](#), 2004a).

En el período de 11 (once) semanas, dentro de la residencia, en el que el residente asiste al CAPS II Pau da Lima, dispositivo deseado para la referencia de sujetos en SPI atendidos en el CCVP, hay una desmitificación de este servicio como capaz de resolver el problema que proponemos discutir en este artículo. Está presente en el discurso y postura de los Técnicos de Referencia (TR) la sobrecarga y la incapacidad de sostener la demanda de un DS tan grande con un solo CAPS, que en ese momento carecía de TR y sin coordinación técnica. El trabajador, en estas circunstancias, carga, más que nunca, con los estigmas históricamente proclamados al SUS, como precarios, insuficientes y defectuosos, lo que lleva a un embotamiento afectivo y al deseo de distanciarse del otro que lo demanda ([Endo](#), 2017). Cabe destacar que, durante este período de 11 (once) semanas, los empleados municipales de Salvador realizaron varias huelgas y protestas en busca de ajustes salariales.

La escasez de alternativas nos provoca una sensación de incomodidad, sabiendo que es posible, en una consulta, visualizar un empeoramiento de la condición del paciente y no contar con el apoyo necesario del SUS, y del servicio en cuestión, para atender las situaciones clínicas y las demandas del sufrimiento del paciente. La orientación que se da a las familias de estas personas en situaciones de crisis de salud mental, por ejemplo, es llevarlas a los servicios de emergencia psiquiátrica, y una orientación seguida por ellas ante la falta de alternativa y la exasperación ante la crisis. Aunque la hospitalización es una posibilidad en situaciones muy concretas, esta circunstancia suele llevar al residente a corroborar una lógica de asilo, aunque se trate de hospitalizaciones de corta duración. Cuando hay inversión en redes territoriales de atención alineadas con el movimiento de reforma psiquiátrica, la frecuencia de hospitalizaciones en las salas de emergencia psiquiátricas disminuye ([Miliauskas et al.](#), 2019), y la proporción inversa se comprueba en la experiencia aquí presentada.

La anticipación de las citas con psiquiatría en el CCVP, especialmente cuando se entendía que los medicamentos no eran adecuados al momento de la persona, también fue una estrategia utilizada por los miembros del NUPSI ante la escasez de alternativas para la atención de la salud mental de las personas en SPI. Teniendo en cuenta las emociones que emergen en el reconocimiento de la realidad del cuidado de la persona en SPI en el CCVP, es importante entender que la reproducción de un trabajo prescriptivo y burocrático ocurre con muchos profesionales, en momentos de fatiga, tensión o resistencia frente a la necesidad o inevitabilidad de una inversión afectiva (Oliveira & Daltro, 2021). Sin embargo, el NUPSI se centra en la farmacoterapia como recurso para tratar el malestar emocional, un movimiento que sigue siendo común hoy en día en la atención de la salud mental y criticado por los movimientos de reforma psiquiátrica y anti asilos (Santos et al., 2023).

Frente a la realidad vivida, es imposible no reivindicar al unísono lo que se reclama entre los profesionales de la salud que actúan en salud pública: una mayor inversión del Estado en las redes de atención previstas en la Constitución, en este caso RAPS y APS.

A pesar de todo: el aprendizaje y los resultados del cuidado al sujeto en SPI en el CCVP

Las situaciones límite son variadas, y la forma ideal de afrontamiento no se anuncia inmediatamente en la atención de los sujetos con SPI en el CCVP. Bajo múltiples presiones, la atención ampliada necesaria en esta experiencia a menudo apareció en contacto directo con familiares y pacientes, atendidos en el NUPSI, en momentos de crisis. En varias situaciones, fue necesario renunciar a las directrices del servicio de no utilizar teléfonos personales para establecer contacto con ellos, y así ganar confianza y la posibilidad de gestionar crisis que, sin este contacto, tendrían otros resultados.

En otro caso representativo, el usuario, que ya venía de un control previo con otro residente, regresó a la consulta externa quejándose de fuertes crisis eufóricas. Durante el control, pasó por intensos valles depresivos, ideas y planos suicidas, y fue un desafío acompañarlo en esos momentos sin la estructura de red adecuada, ya sea en el CCVP o incluso en el SUS.

Para cuidar a este usuario dentro de un modelo ambulatorio semanal, el contacto telefónico directo se ha convertido en una herramienta importante para fortalecer el vínculo y la continuidad, aunque volátil, de su deseo de vida. En los momentos en que tuvo que ser internado en unidades de hospitalización psiquiátrica, se hizo una contrarreferencia con la unidad, además de contactos telefónicos y consultas con la madre, entendiendo que ella también estaba sufriendo. Actualmente esta persona sigue sufriendo, y la desconexión se convierte en un problema. Debido a la falta de estructura y planificación, la remoción de un profesional que se sabe que tiene una relación temporal, como es el caso del residente, termina abandonando a un paciente, porque esta desconexión no se ejecutó adecuadamente.

El manejo clínico ambulatorio en los casos de SPI, probado constantemente, ha resultado ser muy importante en el desarrollo de competencias para la calificación asistencial. Haciendo uso de técnicas de contención simbólica, manejo del estrés, conducción de transferencia y meditación guiada (Fiorini, 2004; Lipp, 1998), el psicólogo residente tuvo la oportunidad de crecer frente al desafío, y así lograr buenos resultados en el seguimiento psicosocial de las personas, aún sin poder ofrecer la atención ampliada necesaria o tener a su disposición los dispositivos del SUS especializados en atención psicosocial.

En la atención de las personas en SPI, la APS desempeña un rol de suma importancia en el acceso a la salud, el control y la construcción de un vínculo longitudinal con el sujeto. En este sentido, el CCVP cumple, en el territorio restringido que atiende, el rol de APS frente a las necesidades de atención en salud mental de los usuarios en SPI, ya que esta red se encuentra debilitada en el DSPL (Miranda et al., 2021). Ya sea en consultas en el ambulatorio de psicología, en el ambulatorio multiprofesional y/o en grupos ofrecidos en la unidad, es visible cómo el CCVP, a pesar de presentar dificultades en la integralidad de la atención psicosocial, opera a favor de la atención de esta población.

La creación y gestión de la adhesión es una de las tecnologías ligeras de absoluta importancia en la APS. Para construir el vínculo, es fundamental no solo acoger las demandas del sujeto que busca atención,

sino también saber derivarlo y atenderlo dentro de un equipo multidisciplinario, entendiéndolo como un ser multidimensional y al profesional como la punta de un sistema que debe estar listo para acoger (Miranda et al., 2021). Dentro de la dinámica del CCVP, la persona y su denuncia son, a veces, fragmentados, haciendo de la referencia, e incluso de la atención, un acto burocrático, alejando la atención ofrecida de lo más resuelto y respaldado por la Portaria 336, del 19 de febrero de 2002.

En la experiencia del residente, al pasar del lugar de profesional al lugar de estudiante a diario, es inevitable sufrir los resentimientos y frustraciones de la realidad que se impone. La residencia no es exactamente como se sueña o se habla, y es importante entender los límites de cada uno dentro de su proceso, sin perder de vista las luciérnagas, metáfora utilizada por Brasileiro y Barone (2017) para describir lo que se aprende y se experimenta en este anhelado lugar. Para ver y seguir transitando por el cuidado burocrático y la ranciedad asistencial, construyendo un texto reflexivo en medio de todo esto, era necesario que un residente en su circunstancia favorable ocupara tanto los espacios de profesional como de estudiante. Son muchas las lecciones aprendidas, y precisamente por eso, no se pueden cerrar los ojos ante la fragmentación de la atención y su ejecución de manera burocrática y prescriptiva por parte de varios profesionales allí insertados.

Los límites de una unidad docente-asistencial no desaparecen en el CCVP, llevando muchas veces al usuario a creer que el cuidado que se le ofrece es un favor, frente a la falta de cuidados en otros territorios del mismo DS. Aunque esta autocrítica es superficial dentro del CCVP, la APS de la DSPL podría evolucionar mucho en su actividad y cobertura, reflejando lo que ofrece este servicio. Del mismo modo, el residente se lleva consigo una experiencia de aprendizaje de lo que se puede hacer, flexibilizar y potenciar en la atención de la población que busca la promoción de la salud (Foucault, 1986).

Además de las diversas consultas externas y grupos de convivencia, cabe destacar que, en la atención del sujeto en SPI, existe una actividad realizada por el residente multiprofesional que incorpora el rol de

monitoreo y atención integral de salud, que es el rol de la APS (Miranda et al., 2012). La clínica ampliada, aunque no es una actividad dirigida solo a las personas con SPI, también responde a estas demandas, buscando, a través de la atención ambulatoria y las visitas domiciliarias compartidas entre las categorías profesionales presentes en la residencia, la percepción del modo de vida de estos sujetos, su recepción en las dimensiones biopsicosociales, y la posibilidad de realizar orientaciones y referencias más adecuadas en vista de las singularidades de cada caso. Como se mencionó anteriormente, el residente sostiene una clínica más pequeña en su clínica ambulatoria, y es en actividades como la clínica ampliada que aprendemos formas de hacerlo (Brasileiro y Barone, 2017).

Esta actividad multidisciplinaria está supervisada por un médico con amplia experiencia profesional, además de una enfermera del servicio, y es un espacio de rico aprendizaje para los residentes. Como principal aprendizaje obtenido de esta actividad, surge la comprensión de que, para promover la salud en este contexto, es necesario ser maleable, abrazar la micropolítica y la vinculación (Silva et al., 2016).

Consideraciones finales

Este trabajo completa un proceso de aprendizaje desafiante, complejo y multifacético, habiendo sido de suma importancia para revisar los sentimientos y pensamientos que surgieron durante la especialización y potenciar el crecimiento profesional y académico del residente, mirando a las luciérnagas y los oídos tapados de otra manera. La elección de la metodología para el relato de experiencia fue vital para este resultado, lo que llevó a un progreso de madurez frente a la experiencia laboral, así como una oportunidad para buscar sentido en los desafíos, lo que llevó a críticas y propuestas fundamentadas que permanecen como los principales resultados, no solo de este artículo, sino de la experiencia de la Residencia Multiprofesional en Clínica de la Persona y de la Familia (EBMSP/SESAB).

Habiendo sido mencionado varias veces en este texto, el sentimiento de angustia del residente inscrito en el CCVP y en el DSPL asfixia, especialmente ante la falta

de alternativas para el tratamiento y seguimiento conjunto de los pacientes en SPI. Dicho esto, se cree que el trabajo realizado fue sumamente relevante, pues a pesar de las dificultades y potencialidades sin explotar, la acogida de personas en RLS promovió la salud y el apoyo esencial para la población del barrio Pau da Lima.

Es necesario un espacio institucionalizado de discusión por parte del equipo multidisciplinario, especialmente del equipo especializado en salud mental del CCVP, al menos para abordar la evolución clínica de las personas que son monitoreadas conjuntamente por el equipo. Este es un problema que precipita la desvinculación y la mala adherencia a la atención por parte de los usuarios, entre otros problemas que dificultan la efectividad del seguimiento longitudinal ofrecido en el servicio. Para provocar tal cambio interno en el servicio, la presentación misma de este artículo como un Trabajo de Finalización de la Residencia, asistido por profesionales de la unidad, fue el movimiento que se consideró posible, e incluso hubo perspectivas de cambios a partir de las reflexiones presentadas.

Cuando se trata de DSPL, el gatillo de la angustia de los residentes proviene de los oídos tapados de los dispositivos existentes, que ya están sobrecargados y, por lo tanto, no se adaptan a las demandas de los pacientes ni de los residentes. Profundizando, se puede ver en los gestores, quienes mantienen la red de atención psicosocial disponible muy por debajo del ideal previsto en la Portaria [336](#), de 19 de febrero de 2002, una responsabilidad que necesita ser cargada con mayor confianza por quienes discuten el tema, buscando aliviar la sobrecarga de trabajo y la obligación de los profesionales del SUS frente a la ineficacia de este sistema público de salud brasileño, más aún con el crecimiento de los dispositivos de asilo y *neo-asilos* como las Comunidades Terapéuticas, que reciben financiación estatal.

El proceso de escritura reflexiva proporcionado por un residente que escribe un relato de experiencia también posibilitó la superación del sentimiento de angustia, comprendiendo la complejidad intersectorial de lo que se propone como atención psicosocial en Brasil. No existe un sistema que funcione, aunque sea de acuerdo con las directrices

y principios del SUS, y sostenga lo que este concepto tiene como objetivo para la atención de la salud mental. Se trata de una demanda social y política, que incluye la vulnerabilidad social como foco, el prejuicio contra el sujeto en SPI como catalizador de la misma, y la falta de cuidado como hecho y consecuencia de este contexto. Hay una falta de manos que apoyen, pero nunca serán omnipresentes, y la reforma psiquiátrica siempre lo ha sabido.

Como resultado de esta reflexión tan profunda sobre los dos años como residente, en contacto con las personas en SPI, uno tiene un gran repertorio de clínicas más pequeñas, impulsadas por el deseo de hacer brillar las luciérnagas en los ojos del otro. Dentro del NUPSI hay una búsqueda al diálogo y transformación en la forma en que la persona en SPI tiene su cuidado realizado en el CCVP y en el DSPL. En la gestión clínica, así como en lo que se refiere a las posibles referencias, los psicólogos residentes, junto con la coordinación del NUPSI, buscan lograr una atención longitudinal en línea con los principios de la atención psicosocial, y la percepción de que esta actitud debe permear en otros espacios es una conclusión que se puede extraer de este artículo. Ya sea un profesional del cuidado, un gestor o un cuidador, en el contexto de la salud, a veces es necesario luchar contra lo que se impone y tratar con el ser humano de forma directa y cotidiana, encontrando en la vida cotidiana lo que se puede mejorar en todas las etapas del cuidado, ejerciendo la micropolítica desde la raíz, para que el fruto pueda crecer sin caerse.

Corresponde a los profesionales involucrados en la lucha cotidiana que es el SUS, especialmente en APS y RAPS, enfrentar esta lucha con las armas que tienen: la clínica, el afecto y la vinculación frente al sufrimiento del otro, pero también la política y la micropolítica, produciendo reflexión, indignación y cambio, aunque sea en pasos cortos, contra la lógica biomédica prescriptiva, hilvanando cuidados históricamente fragmentados, en busca de lo que es entendido y construido colectivamente por la atención psicosocial.

Contribuciones de los autores

Oliveira, G. M. participó en la concepción de la pregunta de investigación, diseño metodológico, reflexión teórica y práctica y redacción del artículo científico. Darzé, G. C. participó en la concepción de la pregunta de investigación, el diseño metodológico, la reflexión teórica y práctica y la redacción del artículo científico.

Conflictos de interés

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluidos, pero no limitado a subvenciones y financiamiento, membresía en el consejo asesor, diseño del estudio, preparación de manuscritos, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista Psicologia, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

Alzuguir, F. V. (2014). A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres “alcoólatras” [La carrera moral de la vergüenza desde el punto de vista de los hombres y mujeres “alcohólicos”]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 11–29. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100002>

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* [Salud mental y atención psicossocial]. (4a ed.). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413685>

Amarante, P. (Coord.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en 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 [Una Dosis de Atención: un proyecto de humanización para los usuarios del servicio de Salud Mental en Atención Primaria]. *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 [Residencia Integral en Salud: entre experiencias y resentimientos, las luciérnagas]. 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* [Residencias y Educación y Docencia para la Salud: tecnologías de formación y desarrollo del Trabajo] (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* [Informe de la Inspección Nacional de Comunidades Terapéuticas – 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* [Informe Final de la III Jornadas Nacionales de Salud Mental]. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf

Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade [Relato de experiencia: Una narrativa científica en la posmodernidad]. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223–237. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>

Endo, T. C. (2017). *Sufrimento psíquico à margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica* [Sufrimiento psíquico en los márgenes del SUS: inmensidad y encierro en la clínica]. Zagodoni

Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação* [Micropolítica y salud: producción de cuidados, gestión y formación]. Rede Unida.

Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e Técnica de Psicoterapias* [Teoría y Técnica de las Psicoterapias]. Martins Fontes.

Fornazier, M. L. & Delgado, R. C. (2011). Reforma Psiquiátrica na Bahia: desafios e (des)caminhos [Reforma psiquiátrica en Bahía: retos y (des)caminos]. *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* [Microfísica del Poder] (R. Machado, Trad.). Edições Graal. (Texto original publicado en 1978).

Goffman, E. (2001). A Carreira Moral do Doente Mental [La carrera moral de los enfermos mentales]. In E. Goffman. *Manicômios, Prisões e Conventos* (pp. 109–143). Editora Perspectiva.

- Gonçalves Filho, J. M. (1998). Humilhação Social: um problema político em psicologia [La humillación social: un problema político en psicología]. *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., Cacciaccaro, 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* [Salud mental y atención psicosocial en la pandemia de COVID-19: suicidio en la pandemia de 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. [Soporte matricial en Salud Mental: prácticas y concepciones aportadas por equipos de referencia, gestores matriciales y 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* [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). *Drogas e Cultura: novas perspectivas* [Drogas y cultura: nuevas perspectivas]. Edufba. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16166>
- Lipp, M. E. N. (1998). *Relaxamento para todos: controle o seu stress* [Relajación para todos: controla tu estrés]. 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* [Salud mental y atención psicosocial en la pandemia de COVID-19: recomendaciones generales]. 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 [Asociación entre hospitalizaciones psiquiátricas, cobertura de CAPS y atención primaria en las regiones metropolitanas de Río de Janeiro y São Paulo, Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1935–1944. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>
- Ministério da Saúde. (2001). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002* [Legislación sobre salud mental 1990-2002]. <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004a). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial* [Salud mental en el SUS: los Centros de Atención Psicosocial]. 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* [Política Nacional de Humanización: la humanización como eje orientador de las prácticas de cuidado y gestión en todas las instancias del 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 [Acciones llevadas a cabo en la atención primaria de salud de las personas con trastornos mentales: una revisión integradora]. *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” [Cuidar, trabajar e investigar en salud mental: el relato de “un hombre en teoría”]. *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 [Contempla la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención a la salud mental]. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Santos, B. S. (1987). *Um Discurso Sobre as Ciências* [Un discurso sobre las ciencias]. 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* [Medicalización del sufrimiento psíquico en la Atención Primaria de Salud en una ciudad del interior de 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* [Proceso de selección unificado para residencia en el ámbito profesional de la salud (uniprofessional y multiprofessional) – Aviso 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* [Distrito de Salud de 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 [Atención a usuarios de crack: estrategias y prácticas de trabajo en el territorio]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(Esp.), e68447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68447>