



A construção da retaguarda psicossocial em uma unidade básica de saúde do sul do Brasil

The construction of the psychosocial rearguard in a primary health care unit in southern Brazil

Isadora Volpato Konig¹
Juliana de Lima Muller²
Ananyr Porto Fajardo³

RESUMO

Este relato de experiência enfoca o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica e que amplia a capacidade de resolutividade das equipes. As equipes de NASF-AB podem ser consideradas como equipes matriciais que oferecem retaguarda especializada às equipes de referência. O estudo tem como objetivo relatar a construção da retaguarda psicossocial do NASF-AB da Unidade de Saúde Santíssima Trindade, integrante do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre, RS. Essa prática interdisciplinar não é um processo de trabalho instituído em outros locais nem registrado com essa nomenclatura, sendo considerada um desafio. Este trabalho foi elaborado com um viés teórico crítico e é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, caracterizando-se como um relato de experiência, considerando dois anos de residência de uma assistente social (de abril de 2019 a dezembro de 2020). A partir da experiência vivenciada, nos resultados e na discussão foram ilustrados os pontos mais relevantes para a construção da retaguarda psicossocial, sendo eles o início de sua construção na unidade de saúde, a sustentação da retaguarda, a pandemia da COVID-19, e a qualificação da retaguarda. Conclui-se que a retaguarda psicossocial foi um modelo de trabalho que proporcionou aprendizados e melhorias às práticas de profissionais da unidade de saúde e um melhor atendimento aos pacientes. Este modelo poderá servir de base para a criação de novas propostas de retaguarda em unidades de saúde do Brasil e de diferentes contextos, proporcionando um cuidado qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; atenção primária à saúde; saúde mental; retaguarda psicossocial; NASF-AB.

ABSTRACT

This experience report focuses on the Expanded Family Health and Primary Care Center (NASF-AB, from the Portuguese Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), a strategic device for improving the quality of Primary Care and that expands the resoluteness capacity of the teams. NASF-AB teams may be considered matrix teams that offer specialized rearguard to the reference teams. This study aimed to report the construction of the psychosocial rearguard of the NASF-AB of the Santíssima Trindade Health Care Unit, a member of the Community Health Service of the Conceição Hospital Group in Porto Alegre, RS, Brazil. This interdisciplinary practice is not a work process instituted in other places nor registered with this nomenclature, thus being deemed a challenge. This study was elaborated with a critical theoretical bias and is a descriptive study with a qualitative approach, characterized as an experience report, considering two years of residency of a social worker (April 2019 to December 2020). From the experiences had, the most relevant points for constructing the psychosocial rearguard were illustrated in the results and discussion, namely the start of its construction at the health care unit, the sustainment of the rearguard, the COVID-19 pandemic, and the qualification of the rearguard. It is concluded that the psychosocial rearguard was a working model that provided learnings and improvements to the practices of professionals at the health care unit and better service to patients. This model may serve as a basis for creating new rearguard proposals in health care units in Brazil and different contexts, providing qualified care to the users of the Unified Health System.

Keywords: unified health system; primary health care; mental health; psychosocial rearguard; NASF-AB.

¹Assistente Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição
Contribuição de autoria: Autora do trabalho, participou da escrita do artigo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7121-2842>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5437932249217305>
E-mail: ikonigv@gmail.com

²Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Psicoterapia pelo Instituto Fernando Pessoa. Psicóloga do Grupo Hospitalar Conceição.
Contribuição de autoria: Coorientadora do trabalho, participou da escrita do artigo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6322-0738>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9733653208009470>
E-mail: jmuller@ghc.com.br

³Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.
Contribuição de autoria: Orientadora do trabalho, participou da escrita do artigo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5501-3795>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/918714686247787>
E-mail: fananyr@ghc.com.br



INTRODUÇÃO

Este trabalho é um relato de experiência da trajetória da autora assistente social na Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Foi pensado a partir de questionamentos sobre a atribuição do serviço social na Atenção Primária em Saúde (APS) e sua inserção em um serviço de atenção primária singular como a do GHC, que não é vinculado à administração municipal (exceto os agentes comunitários de saúde). Este serviço foi estabelecido em 1983, anteriormente à criação dos modelos atuais de APS, tendo servido de exemplo para o Ministério da Saúde criar os modelos de Estratégias de Saúde da Família (BRASIL. Ministério da Saúde, 2020).

O estudo tem como objetivo relatar a construção da retaguarda psicossocial na Unidade de Saúde Santíssima Trindade, integrante do Serviço de Saúde Comunitária do GHC em Porto Alegre, RS. Entende-se que o relato dessa construção poderá auxiliar outras unidades de saúde a implementarem esse tipo de trabalho. Essa prática interdisciplinar não é um processo de trabalho instituído em outros locais nem registrado com essa nomenclatura, sendo considerada um desafio que solicita maior atenção e estudo. Esta foi a principal motivação deste relato.

Inicialmente, para poder compreender o relato de experiência acerca do atendimento interdisciplinar da psicologia, serviço social, farmácia e nutrição na retaguarda psicossocial, serão abordados os seguintes temas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o Serviço Social na saúde, a história da unidade de saúde e o funcionamento do acesso ao serviço. Após, serão apresentados à metodologia, os resultados e a discussão, considerando os seguintes tópicos: o início da construção da retaguarda, sua sustentação na unidade de saúde e a pandemia da COVID-19, e a qualificação da retaguarda. A última seção apresenta as considerações finais do relato de experiência.

O Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

De acordo com a lei 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde é “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Para uma concepção ampliada de saúde, devem-se levar em consideração os fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença, discutidos na Oitava Conferência Nacional de Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 1986), como: alimentação para todos; moradia higiênica e digna; educação e informações plenas; qualidade adequada do meio-ambiente; transporte seguro acessível; repouso, lazer e segurança; entre outros. Sendo assim, a saúde é resultante de condições dignas de vida e deve ser garantida como um direito universal pelo Estado.

O SUS está organizado em três níveis de atenção: Atenção Primária, Secundária e Terciária. Este trabalho será focado na atuação de profissionais na Atenção Primária, no Núcleo Ampliado de



Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Segundo o Caderno SUS de A a Z, (...) tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos (...); efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009, p. 43-44).

Sobre o NASF-AB, sua criação ocorreu em 2008 (BRASIL, 2017) e, segundo o Caderno de Atenção Básica do SUS, “constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes” (BRASIL, 2014, p. 11). O NASF-AB deve apoiar as Estratégias de Saúde da Família (ESF), qualificando-as e complementando seu trabalho, ou seja, não é uma porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010). Assim, as equipes de NASF-AB podem ser consideradas como equipes matriciais que oferecem retaguarda especializada às equipes de referência.

O modelo de NASF-AB não é acionado por uma equipe dentro de uma instituição, mas sim por uma equipe que vai às unidades de saúde atuar junto aos profissionais por meio de interconsultas, reuniões, educação permanente e discussões de casos, entre outras (MELO; MIRANDA, 2018). Estes autores também informam que a composição do NASF-AB nas unidades de saúde de diferentes cidades não necessariamente é igual, podendo contar com profissionais da psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, especialidades médicas e odontológicas, entre outras, e que a decisão da composição é responsabilidade do gestor municipal, de acordo com as demandas mais relevantes.

Em 2017, foi publicada uma nova portaria sobre a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual trouxe algumas mudanças desfavoráveis para as Equipes de Saúde da Família, principalmente acerca da relativização de prioridades e gastos, levando em consideração novas formas de atenção primária. Outra mudança foi a denominação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família, que passou a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por passar a compor equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e algumas da Atenção Básica (AB) também (BRASIL, 2017).

Além dessas duas mudanças, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também sofreram com a alteração da PNAB, pois passaram a não ser mais considerados essenciais nas novas equipes de AB, além da redefinição do território atendido por eles. O GHC passou a atender este critério com um novo concurso público e a demissão de ACS contratados para diminuir seu número em cada área de vigilância.



Além das portarias da PNAB, a portaria Nº 2.698/2019 suspendeu repasses de verbas para o NASF-AB, já indicando uma sucessão de desmontes na política. Por sua vez, a portaria 2.979/2019 institui o programa Previne Brasil como “novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2019, p. 1). Este programa trouxe uma mudança significativa para o financiamento da atenção primária em saúde, em que o repasse de valor passa a ser calculado “a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores” (MASSUDA, 2020, p. 1). Este autor também considera que, com o Previne Brasil, “a meta do governo federal claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira” (p. 5). Ou seja, com as mudanças econômicas e demográficas, muitas pessoas não serão cadastradas e isso vai gerar um acúmulo na atenção primária, levando a uma baixa na qualidade e a um desequilíbrio nos serviços ofertados.

Com o Previne Brasil, foi criado um novo modelo de financiamento, distinguindo as equipes de NASF-AB e tornando-as facultativas:

a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. (BRASIL, 2019, p. 1).

Com o desmonte e a descaracterização do NASF-AB, esse serviço passa a ser facultativo e dependente da verba recebida pelo gestor, além de condições de pagamento por desempenho e cadastro. Acredita-se que muitas cidades poderão sofrer com esse novo modelo, sendo contraditório, então, com um dos princípios do SUS, o da integralidade da atenção.

Devem-se levar em conta, para todas as mudanças atuais, alguns fatores desencadeantes, como a PEC 241 (ou, pela norma gerada, Emenda Constitucional Nº 55) do congelamento de gastos com a saúde e educação por vinte anos.

Segundo Marques (2018, p. 20),

não é por acaso que, ao mesmo tempo em que o congelamento dos gastos públicos está sendo implantado, aprofunda-se a mercantilização da saúde, da educação e são propostas mudanças na previdência que irão ampliar a presença do setor privado nesse campo.

O que se constata é a desvalorização das políticas sociais, que estão sendo responsabilizadas pela crise econômica do país, sendo fragmentadas para fortalecer a visão de estado mínimo e, assim, contribuir para a privatização da saúde.

Serviço Social na Atenção Primária

O Serviço Social tem o propósito de viabilizar e ampliar o acesso da população aos seus direitos, trabalhando na política de saúde com a visão de uma concepção ampliada de saúde, de acordo com a lei 8.080 (BRASIL, 1990). De acordo com os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 46), a profissão deve “buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde”.

O atendimento integral deve ser prestado em todos os níveis da atenção à saúde. De acordo



com Closs (2015, p. 41),

a integralidade implica uma abordagem totalizante das necessidades e da atenção em saúde, o que se desdobra na análise e intervenção sobre: a relação entre demandas, as necessidades de saúde e ofertas de serviços; a (re)organização dos processos de trabalho das equipes, tendo como foco o usuário; o trabalho em equipe e a afirmação da interdisciplinaridade; a relação profissional usuário, tais como escuta, vínculo, acolhimento, tendo em vista a abordagem ampliada do sujeito e das suas necessidades.

Ou seja, o trabalho integral deve promover a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Desta forma, também se faz necessário que a integralidade seja ampliada de maneira que as políticas sejam implementadas em ações conjuntas, com a necessidade de um atendimento visando à intersetorialidade.

Conforme Mioto e Nogueira (2006) é necessário refletir sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde com base no projeto profissional e nos referenciais críticos, considerando a constituição do SUS:

no cenário em que se encontram as políticas nacionais de saúde, repõem-se e acentuam-se as exigências para o Serviço Social. Retoma-se, aqui, a hipótese de que a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde. (MIOTO; NOGUEIRA. 2006, p. 21).

O serviço social na Atenção Básica, então, faz parte do NASF-AB e, assim, como as demais profissões inseridas,

deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturado priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 8-9).

No Serviço de Saúde Comunitária do GHC, o serviço social faz parte da equipe de apoio multidisciplinar, assim como terapia ocupacional, psicologia, nutrição, farmácia e psiquiatria. Porém, diferentemente das demais profissões (terapia ocupacional, nutrição e farmácia), tanto a psicologia como o serviço social estão inseridos em todas as unidades básicas do serviço. Essas duas profissões têm uma configuração diferenciada nessa instituição, pois sua inserção na AB ocorreu antes da criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

A Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST)

A Unidade de Saúde Santíssima Trindade está localizada no Bairro Rubem Berta, no extremo da Zona Norte de Porto Alegre, RS. A comunidade onde atua, a antiga Vila Dique, foi reassentada para o Bairro Santa Rosa de Lima (Rubem Berta), em Porto Alegre. O número de cadastrados na USST, segundo o Sistema de Informações do GHC, é 4.426 pessoas, correspondente a 1.307 famílias. No território da antiga unidade de saúde ainda permanecem 84 famílias cadastradas, com população total de 271 usuários. Essa população remanescente no antigo território conta com uma rede móvel de saúde que foi implementada em 2018, segundo informações da prefeitura de Porto Alegre.

Segundo Jesus (2014, p. 54),

a Vila Dique “nasceu” em um território da Zona Norte de Porto Alegre, teve o processo de



saída das 55 pessoas de seu território de origem – municípios do interior do Estado do RS e outras comunidades do município de Porto Alegre, que vieram em busca de trabalho e de melhores condições de vida.

A comunidade localizava-se perto do Aeroporto Salgado Filho e, em consequência das obras de sua ampliação, as famílias foram removidas e reassentadas no novo território localizado no Bairro Rubem Berta, marcado por grande vulnerabilidade social, com muitos casos de violação de direitos. O contexto social da população, afetada por todas essas expressões de desigualdade social, gera muito adoecimento, o que resulta em grande demanda de usuários e usuárias por atenção em saúde mental.

A USST conta com duas equipes de referências, divididas entre manhã e tarde, com profissionais de equipe mínima (medicina, enfermagem, técnico de enfermagem, odontologia/técnicos em saúde bucal), equipe de apoio (serviço social, psicologia, psiquiatria, nutrição e farmácia), auxiliar de farmácia, vigilantes e serviços gerais (sendo os dois últimos trabalhadores terceirizados).

Acesso Avançado

O Acesso Avançado foi implementado na USST em janeiro de 2019. É conceituado como uma forma de organizar o processo de trabalho nas equipes de saúde, visando ampliar o acesso (em número e qualidade), onde busca-se ‘atender no mesmo dia/em até 72hs’, independentemente da pessoa apresentar ou não uma condição aguda, e assegurando o vínculo (consultar com seu médico/enfermeiro/dentista) e a integralidade do cuidado. (TAKEDA; PÉRICO, 2018, p. 1).

Segundo as autoras, a proposta do Acesso Avançado tem como característica

atender as pessoas no momento em que buscam atendimento, e seguindo os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Não se trata de ‘pronto atendimento’ (baseado na queixa), mas de atender prontamente e com vínculo, com integralidade da atenção’ e ‘centrado na pessoa’. (TAKEDA; PÉRICO, 2018, p. 2).

O processo de adaptação da equipe e da comunidade foi longo, visto que o modo de acesso anterior estava em vigência há muitos anos. As consultas eram divididas em “consulta dia” (por ordem de chegada e retirada de ficha) e “consulta marcada” pelos profissionais. O acesso avançado preconiza o atendimento em no máximo 72 horas após a solicitação. Porém, na USST, a característica mais marcante é o imediatismo da demanda por consultas, muitas vezes reflexo dos problemas prevalentes, possivelmente por dois aspectos: a oferta disponibilizada pela equipe e a vulnerabilidade da população. A oferta de muitas consultas dia e o foco no atendimento de profissionais médicos e enfermeiras pode ser um reflexo disso. Além da demanda na USST, a falta de acolhimento como ferramenta de trabalho também faz com que os atendimentos não sejam baseados na equidade, uma vez que são feitos mediante uma ficha para consulta e por ordem de chegada, sem a escuta que poderia ser proporcionada, caso houvesse o acolhimento.

Assim, a partir dos temas abordados acima, foi possível uma melhor compreensão de tópicos norteadores do presente trabalho, como o SUS, o NASF-AB, o Serviço Social na saúde, a história da unidade de saúde e o acesso avançado. A seguir, apresentaremos a metodologia do relato de experiência.



METODOLOGIA

Para Lima e Miotto (2007, p. 40), “o conhecimento da realidade não é apenas a simples transposição dessa realidade para o pensamento, pelo contrário, consiste na reflexão crítica que se dá a partir de um conhecimento acumulado e que irá gerar uma síntese, o concreto pensado”. A partir desta concepção, este trabalho foi elaborado com um viés teórico crítico e através de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, a qual, segundo Minayo (2013, p. 2), “faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações”, caracterizando-se como um relato de experiência. Com relação aos aspectos éticos do estudo, salienta-se que o mesmo está de acordo com a Resolução CNS/CONEP 510/16 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Primeiramente, foi feita uma reflexão sobre a própria prática da autora deste trabalho e observação das reuniões sobre a retaguarda, os diálogos e as discussões de caso. Todas essas reflexões foram registradas em um diário de campo que, segundo Minayo (2001, p. 63), “é fruto de um momento relacional e prático: as inquietações que nos levam ao desenvolvimento de uma pesquisa nascem no universo do cotidiano”, sendo um importante instrumento de registro sobre observações feitas no cotidiano de trabalho.

A seguir, foi elaborado um relato da criação, execução e avaliação da retaguarda psicossocial, levando em conta os dois anos de residência (de abril de 2019 a dezembro de 2020) e a integração entre prática e teoria. O processo reflexivo foi desenvolvido na USST, onde ocorrem a retaguarda e as reuniões sobre ela. Não se trata de uma transcrição, mas sim uma reflexão acerca do processo como um todo, sem envolver os usuários da unidade de saúde e sim fragmentos do fluxo de trabalho.

A unidade de saúde na qual foi desenvolvido o trabalho faz parte do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Esse serviço conta com doze Unidades de Saúde, as quais prestam atendimento através de equipes multidisciplinares, formadas por médicos de família e comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de higienização, técnicos de enfermagem, técnicos de higiene bucal e vigilantes. Além disso, há nas unidades o apoio matricial de profissionais da psiquiatria e da terapia ocupacional - esse último núcleo profissional atua somente em algumas unidades (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2020).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O início da construção da retaguarda na Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST)

Em 2019 houve mudança da nova equipe de contratadas(os) dos núcleos de psicologia e serviço social da USST, assim como o ingresso das residentes de primeiro ano e a continuidade daquelas que estavam desde 2018. Concomitantemente, foi iniciado o processo de trabalho na equipe para pensar em novas formas e ferramentas para construir um serviço que oferecesse uma abordagem interdisciplinar e pautada na política de atenção básica, levando em consideração as atribuições das profissões e as demandas emergentes da população que a acessa.

Antes do estabelecimento da retaguarda, o núcleo de psicologia assumia casos de saúde mental com uma agenda aberta e através de grupos, enquanto o serviço social também mantinha somente agenda aberta para demanda espontânea e advinda da equipe. Apesar do fácil acesso, nem todas as pessoas alcançavam o atendimento do serviço social enquanto equipe de apoio, reduzindo muitos horários a uma consulta por vezes burocrática relacionada à passagem de ônibus, confecção de documentos, ranchos doados pela igreja, entre outras necessidades.

Desta forma, almejando a comunicação entre as profissões em busca de integralidade no atendimento, a retaguarda psicossocial foi pensada na USST, caracterizando-se por um atendimento de demandas espontâneas referentes a sofrimento mental. Primeiramente, pensou-se em uma retaguarda relacionada somente à saúde mental; porém, depois de algumas discussões e reflexões, abriu-se a possibilidade de propor uma ação que englobasse outras necessidades mais específicas como forma de primeira escuta. Isso surgiu com a intencionalidade de uma escuta sensível em relação aos usuários da unidade de saúde, objetivando uma acolhida humanizada e menos burocrática em relação às marcações de consulta com esses dois núcleos profissionais, assim como com as demais profissões que precisassem de apoio matricial – “é um arranjo na organização dos serviços que complementam as equipes de referência” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004, p. 11), sendo uma forma de compartilhamento da produção de saúde.

O acolhimento, descrito como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas (...)” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013, p. 19), não é mais utilizado na USST, pois foi decidido enquanto equipe que seria atendimento por ficha e demanda espontânea, por exemplo, para acessar psicologia o usuário ou a usuária solicitaria este atendimento, o mesmo para o serviço social ou outras profissões. Desta forma, a retaguarda também surge como amenizadora de impactos à falta de uma escuta, no que tange à saúde mental e à atenção pelos núcleos de apoio.

Segundo o Caderno de Atenção Básica (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013, p. 22), as “práticas em saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde”. Por isso, a retaguarda também visa que os núcleos



de apoio apontados neste relato trabalhem junto aos núcleos profissionais da equipe mínima, podendo atuar nos atendimentos ou em discussões de casos e trabalhos com a rede.

A equipe de apoio, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014), denominada NASF-AB, tem a atribuição de realizar atendimento individual somente em alguns casos e quando solicitado pelas equipes mínimas, fato que não ocorre em todas as equipes do GHC. Houve a inserção de assistentes sociais e psicólogas(os) nas equipes não só como núcleo de apoio, mas como parte da equipe antes da criação do NASF-AB. Há unidades que apresentam duas equipes de saúde da família, enquanto outras unidades do GHC contam com cinco equipes, o que torna o processo de trabalho desses profissionais bastante diferente. Ou seja, em algumas unidades esses profissionais atuam como equipe de apoio, atendendo somente casos mais graves e quando solicitados pelas equipes mínimas – por exemplo, a USST, que conta com cinco equipes de saúde da família –, mas há unidades com menos equipes e que apresentam processos de trabalho distintos. Essas contradições podem confundir quem se insere como residente, pois muitas vezes vemos que nosso trabalho é singular, se comparado a outras instituições em que o núcleo de apoio atua.

A retaguarda foi introduzida como ferramenta de trabalho em uma reunião de equipe da USST, sendo implementada a partir de abril de 2019. A equipe profissional aprovou a implementação da retaguarda como uma forma de facilitar a comunicação com os núcleos da psicologia e do serviço social e também como forma de compreender os usuários e as usuárias de uma forma mais ampla. Foi organizada com quatro residentes (duas assistentes sociais e duas psicólogas), o psicólogo contratado e a assistente social contratada. Foi apresentada como possibilidade de duas intervenções: junto aos profissionais que demandassem matriciamento da equipe de apoio; e escuta para usuários(as) que chegassem até a unidade.

Desde o seu início, foi realizada de forma individual em todos os turnos e todos os dias da semana. Não havia um instrumento específico elaborado para registro do atendimento, sendo as anotações realizadas da forma como a residente ou a/o contratada/o avaliasse como a mais adequada. A metodologia da retaguarda foi criada em reunião com os dois núcleos e pensada a partir de uma escuta qualificada para encaminhar o acompanhamento. As avaliações da retaguarda não aconteciam como reuniões em que as demandas eram levantadas e discutidas, sendo as avaliações geralmente discutidas diretamente nas reuniões de área das equipes como um todo.

O atendimento à demanda espontânea era feito em alguma sala que estivesse disponível, pois a sala para atendimento psicossocial geralmente estava comprometida com a agenda fixa de algum(a) profissional. Com isso, às vezes os atendimentos ocorriam na sala de espera para escuta da situação da pessoa e para poder encaminhá-la para acompanhamento.

O que foi percebido durante a experiência é que esses atendimentos eram, na maioria das vezes, advindos das escolas Porto Novo e Ildo Menegheti, que concentram a maior parte de alunos



do território, com solicitação de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes. Essa situação sempre foi muito difícil, visto que a Atenção Básica não oferece um acompanhamento psicoterapêutico para crianças e adolescentes e as equipes de apoio das unidades de saúde não têm essa atribuição e nem recursos humanos para tal. O Caderno de Atenção Básica cita atribuições do NASF-AB na atenção básica como

discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 20).

Ou seja, a partir dessa referência podemos entender psicólogos e assistentes sociais como protagonistas do apoio às equipes, assim como profissionais que podem fazer atendimentos, mas que esses atendimentos não são somente ambulatoriais. Essas demandas advindas da escola eram acolhidas e levadas a grupos e atividades coletivas, visando a promoção de saúde ofertada pela atenção básica.

Outras demandas que apareciam na retaguarda eram, em sua maioria, oriundas de adultos em situações de fragilidade que buscavam acompanhamento psicológico. Eram acolhidas e encaminhadas para atendimento em interconsulta com serviço social e psicologia, e algumas vezes também eram referidas para outros serviços da unidade. Na USST, a interconsulta era feita, em geral, por uma assistente social e uma psicóloga ou psicólogo, e tornou-se uma ferramenta de trabalho potente com a retaguarda, pois permitia ter um olhar amplo de mais de um núcleo profissional em um atendimento. Segundo Farias e Fajardo (2015, p. 2078), a interconsulta “possibilita uma maior assistência também à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas”.

A partir destes atendimentos posteriores, o plano de acompanhamento da pessoa era encaminhado, seja na unidade de saúde e incluindo outros profissionais, ou além do serviço, às vezes dependendo de outros níveis de atenção, como a especializada. Conforme o Caderno de Atenção Básica,

o Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 23).

De acordo com a retaguarda, além de construir diálogos através das demandas advindas das equipes, a equipe de apoio da psicologia e do serviço social também levava casos para discussão, sendo a porta de entrada para esse acompanhamento na unidade de saúde. Outra atribuição desses dois núcleos profissionais era a participação do matriciamento com as escolas e de reuniões com a rede.

Desde sua implementação, algumas dúvidas ficaram pendentes, sendo uma delas a questão da interdisciplinaridade entre serviço social e psicologia no que diz respeito ao estudo prévio sobre saúde mental antes de iniciar esta prática. O serviço social aderiu à retaguarda por considerar que o acompanhamento em saúde mental não deveria ser exclusividade de profissionais psicólogas(os).



Além disso, muito da demanda espontânea por atendimento psicológico poderia ser atendida de forma interdisciplinar, uma vez que diversas questões de saúde mental do território adscrito à USST envolvem problemas vinculados à negação de direitos sociais.

Porém, havia algumas lacunas no estabelecimento da retaguarda: tanto por ter se tornado uma triagem para marcação de consultas da psicologia, como em termos de aprendizado da prática desta ferramenta e na preparação das residentes, especificamente da assistente social residente, autora deste relato. Nossa abordagem como assistentes sociais é feita a partir da realidade da pessoa e dos direitos que estão sendo violados ou dos quais está sendo privada. Na retaguarda psicossocial, contudo, chegam pessoas com crises de ansiedade, pânico, surtos psicóticos e outras condições que exigem experiência e entendimento de abordagens possíveis, mas que não são ensinadas na graduação. Não temos familiaridade com práticas de intervenção em saúde mental e como agir em determinadas situações. Isto resultou em uma experiência cheia de dúvidas e incertezas sobre o trabalho da assistente social neste contexto.

A escuta e a avaliação em saúde mental era uma dificuldade em algumas situações da retaguarda devido à complexidade de usuários que acessam a unidade e precisam de apoio nesse sentido. Como nem sempre o psicólogo contratado estava presente em função de sua carga horária, algumas situações eram de difícil resolução pelas residentes do serviço social e da psicologia. Essas dificuldades foram levadas às reuniões de equipe de retaguarda e discutidas em supervisão de núcleo como forma de potencializar a experiência profissional na retaguarda, sendo compreendidas como um processo de aprendizado, visto que a escuta em saúde mental é atribuição de todos e todas profissionais da atenção primária.

Diante dessas adversidades trazidas nos espaços de supervisão e reunião, também surgiu a discussão sobre o atendimento da retaguarda ser uma ferramenta para marcação de consulta psicológica, visto que o serviço social tinha uma agenda aberta de marcação de consultas espontâneas (para além da retaguarda) – ou seja, as pessoas acabavam sendo atendidas na retaguarda somente se solicitassem a psicologia. Notou-se um trabalho redobrado do serviço social, principalmente porque a retaguarda se transformou em um espaço de triagem e só era acionada se alguém chegasse à recepção da unidade de saúde buscando atendimento com psicólogo(a). Em outras palavras, a busca era por profissionais da psicologia, mas, por serem profissionais da retaguarda, assistentes sociais atendiam também.

Por meio de reuniões e discussões sobre essas dificuldades, foi decidido que, ao acionar o serviço social, também seria chamada a retaguarda, pois questões tratadas somente com assistente social também poderiam estar vinculadas a questões de saúde mental. Então, a marcação espontânea com o núcleo de serviço social foi fechada, sendo a retaguarda a única porta de entrada para o atendimento buscado pelo usuário ou pela usuária. A retaguarda poderia ser acionada, então, de três formas: a acima citada; pelas reuniões de equipe para discussão de caso, como matriciamento; e



através do(a) profissional que a demandasse em alguma situação de atendimento.

A sustentação da retaguarda psicossocial na Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST)

Com a inclusão dos atendimentos do serviço social como novo formato de retaguarda para atendimentos, a demanda tornou-se mais densa e ativa. Foram constatadas outras adversidades: o tempo de dedicação para retaguarda e os “furos” nas escalas. Como os turnos eram ocupados em sua maioria pelas residentes e a residência é um programa de formação que inclui aulas, palestras, eventos e outros espaços além das atividades de campo, muitas vezes havia colisão de horário no turno de retaguarda com outras atividades didático-pedagógicas. Mesmo solicitando com antecedência, não havia colegas substitutos para estes horários. Este problema foi decisivo para muitas discussões, visto que os núcleos de psicologia e serviço social não conseguiam suprir todos os turnos de atendimento.

Um ponto a ser discutido no âmbito de falha de horários da retaguarda é o engessamento da equipe em relação a novas práticas de trabalho que não envolvessem somente atendimento ambulatorial. Pensávamos, enquanto equipe de apoio do NASF-AB, que nossos atributos iam além do consultório, podendo resolver demandas de forma coletiva, visto que as questões de saúde por determinantes sociais eram comuns às pessoas. Mesmo com toda a singularidade de cada sujeito, as histórias se repetiam nos atendimentos. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27, “o Nasf desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 17). Sendo assim, é um trabalho que demanda uma troca de saberes com a equipe e que não pode ser realizado de forma isolada.

Com a retaguarda, as reuniões de equipe para discussão de casos, os atendimentos individuais, os grupos e as demandas dos profissionais únicos acarretavam uma sobrecarga de trabalho muito grande. As residentes, além da retaguarda, também tinham aulas, eventos, grupos e atendimentos individuais. Além de tudo isso, são sujeitos em formação que não deveriam ser os protagonistas desta ferramenta. Diante disso, estava ficando insustentável cumprir a retaguarda todos os dias em todos os turnos, e foi discutido em reunião de equipe de NASF-AB como um assunto a ser debatido para determinar se seria sustentável ou não.

A pandemia da COVID-19 e a qualificação da retaguarda

Devido à pandemia de Covid-19, houve mudanças nos atendimentos dos núcleos de apoio, como cancelamento de agendas e grupos; com isso, a retaguarda se sustentou por ser a única forma de acesso aos núcleos durante esse período. Houve alterações no acesso, como o tipo de demandas que chegariam até as(os) profissionais. Com todos os cuidados para não promover aglomerações e para diminuir a circulação de pessoas na unidade, foi definido que somente as emergências seriam atendidas. Estão incluídas nestes casos violência doméstica, situações de abuso, questões de saúde



mental graves e ideação suicida, entre outras. Quando possível, foi priorizado o atendimento por telefone, WhatsApp e qualquer outra forma à distância.

A retaguarda psicossocial também foi modificada de duas maneiras: houve a inclusão da Nutrição e Farmácia, que também fazem parte da equipe de apoio, passando a ser composta por quatro núcleos; e o acolhimento de retaguarda passou a ser apenas para urgências ou para situações não envolvendo risco, via WhatsApp e telefone.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao mesmo tempo em que a retaguarda serviu como uma forma menos burocratizada de acesso aos cuidados de saúde mental na USST, também resultou em uma contraditória burocracia para o serviço social. Antes a agenda do serviço social era aberta e de livre acesso a quem chegasse e demandasse, mas com a retaguarda passou a ser, algumas vezes, um obstáculo para procura deste núcleo.

Com isso, o acesso ao serviço social pode ser encarado a partir de dois ângulos: o de burocratização por precisar passar por um acolhimento antes da marcação; e o de maior seletividade quanto ao conteúdo do atendimento. Por exemplo, caso alguém queira buscar um rancho da igreja, atribuição que não é do serviço social, saberá pela retaguarda sobre isso e, a partir de então, poderá acessar esse recurso no local apropriado. Alguém que marcaria um horário para fazer uma segunda via de documento, com demanda de relatório para gratuidade não precisará esperar o dia com horário marcado para saber como encaminhar, e a assistente social não vai ocupar um horário de sua agenda para essa orientação. Então, por mais que em algumas ocasiões o acesso ao serviço social tenha sido difícil, o tempo foi bastante otimizado para trabalhar com demandas mais consistentes.

A população passou a ter acolhimento, alguém que parou e ouviu sua demanda e, de alguma forma, por mais que seja para marcar outro horário, pode orientar e ajudar no momento. O engessamento de um atendimento ambulatorial individual vai existir enquanto esse atendimento individualizado continuar a ser feito de uma forma a ultrapassar o necessário, ou seja, priorizar-se apenas os atendimentos ambulatoriais ao invés de optar por um leque de possibilidades coletivas também. A retaguarda conseguiu liberar alguns bloqueios que estavam enraizados na população e na equipe, e trouxe um pensamento interdisciplinar para a discussão, servindo de muito aprendizado como residente sobre o cuidado coletivo com olhar ampliado sobre saúde mental, rompendo com a psicologização de demandas e entendendo a saúde mental também como consequência da violação de direitos.

Em relação à equipe, primeiramente foi bem desafiador implementar a retaguarda da forma que os (as) trabalhadoras projetaram, pois com a rotina de atendimentos e cotidiano desgastante, a retaguarda se tornou um encaminhamento de atendimentos individuais, com pouca interação entre os (as) profissionais, por questões de horário, número de atendimentos e disponibilidade de



atendimento conjunto. Foram feitas algumas avaliações até se chegar ao formato final de retaguarda: de encaminhamento a ela para atendimento e acolhimento de usuários (as) e para discussão de caso e matriciamento com profissionais da unidade.

Como conclusão sobre o curso que a retaguarda poderia seguir, apesar de ser um instrumento importante de escuta, não se tem hoje certeza de que vai continuar sendo feita deste modo, visto que é muito difícil manter dois turnos por dia de total dedicação. Por mais que seja um espaço qualificado, a escuta em saúde mental na APS é uma atribuição de todos e todas profissionais do serviço de saúde, como já citado neste trabalho, o acolhimento pode ser realizado por profissionais de saúde sem distinção de núcleo profissional.

Por isto, é importante reforçar a relação entre a retaguarda psicossocial e o NASF-AB, que seria a união inicialmente dos núcleos de serviço social e psicologia, proporcionando uma visão mais ampla das questões sociais e das questões psíquicas, de modo a entender o coletivo levando em consideração o contexto social das pessoas atendidas. Como já mencionado no artigo, são algumas das profissões incluídas como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e esses (as) profissionais são agregados à equipe conforme as demandas mais necessárias da região. Na Unidade de Saúde utilizada como referência para este trabalho, os núcleos de serviço social e psicologia foram pioneiros da implementação da retaguarda, dando este nome de psicossocial, mas pensando além das duas profissões com o passar do tempo e incluindo outras modalidades já citadas.

Em relação à especificidade de núcleos ditos de apoio, alguns espaços poderiam ser criados para suprir estas demandas espontâneas, como alguns dias reservados para um acolhimento grupal de quem busca algum dos núcleos. Ainda, específico para o serviço social, poderia ser realizada uma atividade semanal coletiva referente às demandas principais, que estão relacionadas a direitos e questões de seguridade social e recursos de rede.

Com relação aos casos de usuários que chegam à unidade em sofrimento, com alguma questão imediata e urgente, se fosse oferecido um acolhimento qualificado por qualquer profissional da equipe, a retaguarda não precisaria ser realizada somente por determinados núcleos profissionais, e sim englobada na escuta de acolhimento como um todo. Ressaltamos que o modelo de retaguarda abordado nesse estudo ainda encontra-se em construção e apresenta desafios. Contudo, verifica-se que foi um modelo de trabalho que proporcionou aprendizados e melhorias às práticas de profissionais da USST e, conseqüentemente, um melhor atendimento à população. O que foi construído até aqui poderá servir de base para a criação de novas propostas de retaguarda em outras unidades de saúde do Brasil e de diferentes contextos, buscando-se melhores formas de acolher e cuidar dos usuários do SUS.



REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 5 abr. 2020.

BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: equipes de referência e apoio matricial*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://picica.dominiotemporario.com/apoio%20matricial%20cartilha.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.281 de 1 de outubro de 2009*. Altera a Portaria nº 154/GM, de 4 de março de 2008, que Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 out. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Saúde Comunitária*. Porto Alegre: [s. n.], 2020. Disponível em <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=5>. Acesso em: 9 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404132/>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

CLOSS, Thaisa Teixeira. *Fundamentos do serviço social: um estudo a partir da produção da área*. 2015. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Resolução nº 510/2016*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2022.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 6, p. 2075-93, jun. 2015. Supl. n. 3. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3076/2765> Acesso em: 11 ago. 2020.

JESUS, Tiana Brum de. *Um dique no meio do caminho: processos de reassentamento e a intersectorialidade das políticas sociais*. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/564/1/454827.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

LIMA; Telma Cristiane Sasso de Lima; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MARQUES, Rosa Maria. A PEC da morte, a democracia escancarada e a privatização da coisa pública. *Revista Socialismo e Liberdade*, São Paulo, n. 22, p. 19-22, 2018. Disponível em <http://www.laurocampos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/2018-N22-Revista-Socialismo-e-Liberdade-visualiza%C3%A7%C3%A3o1.compressed.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2019.



MELO, Eduardo Alves; MIRANDA, Lilian. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios do cotidiano. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 425-449. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122> Acesso em: 1 maio 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete da. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Desafios-atuais-do-Sistema-%C3%AAnico-de-Sa%C3%BAde-%E2%80%93-SUS-e-as-exig%C3%AAncias.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

TAKEDA, Silvia. PÉRICO, Lisiane. *Avançando na discussão sobre acesso no SSC/GHC*. Porto Alegre: [s. n.], jan. 2018. Mimeo.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 23 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

KONIG, Isadora Volpato; MULLER, Juliana de Lima; FAJARDO, Ananyr Porto. A construção da retaguarda psicossocial em uma unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 255-271, 2022.

