UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

WILLIAN TITO MAIA SANTOS

Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado:
A inserção de Profissionais da Psicologia nos Núcleos de Apoio à
Saúde da Família (NASF)

São Paulo
2015

WILLIAN TITO MAIA SANTOS

Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado:
A inserção de Profissionais da Psicologia nos Núcleos de Apoio à
Saúde da Família (NASF)

(Versão Corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo como
requisito para a obtenção do grau de Doutor
em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Professora Dra. Belinda
Piltcher Haber Mandelbaum

**São Paulo
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Santos, Willian Tito Maia.

Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: a inserção de profissionais da psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). / Willian Tito Maia Santos; orientadora Belinda Piltcher Haber Mandelbaum. -- São Paulo, 2015.

172 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Sistema único de saúde 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família
3. Prática profissional 4. Equipes multiprofissionais 5. Formação do psicólogo I. Título.

RA425

SANTOS, Willian Tito Maia

Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: A inserção de Profissionais da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

A todos os trabalhadores e trabalhadoras que no seu cotidiano lutam arduamente contra inúmeras adversidades, o descrédito da população e as investidas da lógica de mercado, abraçando no seu íntimo e no seu fazer profissional a “causa” do Sistema Único de Saúde como uma das formas possíveis de fazer deste, um país mais justo e igualitário.

AGRADECIMENTOS

Ao criador do universo, por sempre me conceder força, coragem e persistência para enfrentar todos os desafios que aparecem em minha existência;

À minha querida e maravilhosa esposa, Fernanda Bruck, por ser meu porto seguro em todos os momentos, me apoiando e contribuindo com minha evolução pessoal e profissional;

Aos meus filhos, Luísa e Pedro, por me mostrarem a face mais profunda do amor e do cuidado. Desculpem-me por ter estado nestes quatro anos não tão presente quanto gostaria. Um dia vocês entenderão o significado dessa empreitada...;

Aos meus pais, Durval e Elza, que me educaram e torceram por minha vitória em todas as etapas de minha vida. Outras virão, mas sem seu apoio e suporte nada disso seria possível;

À Isa e Eugênio, sogros queridos que tanto me apoiaram nesta e em outras empreitadas, muito obrigado;

À Tania Carvalho, mestra maior de tantos tempos e de tantos ensinamentos;

À toda minha família, de tantos lugares, estados e países afora, por acreditarem no meu potencial e me mostrarem que posso ser mais do que me percebo;

À minha querida orientadora Belinda Mandelbaum, por seu apoio e troca tão sensíveis aos meus anseios. Com você aprendi que a ciência caminha com a doçura do olhar, mas também com o puxão de orelha quando é necessário. Muitíssimo obrigado;

Aos colegas de laboratório, pelo aprendizado conjunto em tornar-se pesquisador e pelas trocas de saberes e experiências;

À professora Vera Paiva, que me trouxe reflexões tão importantes sobre o ato de pesquisar e sobre a postura enquanto pesquisador.

Ao professor Luis Galeão, por suas colocações pertinentes e instigantes sobre o estar no campo;

A todos os outros professores e funcionários do IPUSP e do PST por toda a ajuda a mim dispensada;

Ao Luís do Prado, pela acolhida carinhosa e pelo imenso coração. Nossas conversas e risadas trouxeram à minha estadia em São Paulo momentos muito prazerosos. Agradeço também por me fazer amar o Corinthians;

À Ivone Toniolo, Edson, Diego e Catarina, por também me receberem sempre de braços abertos em São Paulo. Por serem (junto com o Luís do Prado) minha família nessa paulicéia desvairada e também por me fazer amá-la;

À Secretaria de Saúde do Município pesquisado, por ter permitido que esta pesquisa se realizasse e pelo apoio em todos os momentos em que solicitei;

Às psicólogas e aos outros trabalhadores da SMS do município pesquisado, agradeço a acolhida e a abertura para que eu acompanhasse seus passos na labuta cotidiana;

A todos os meus alunos de Psicologia, da UFRB e das outras faculdades que ensinei. Muitas das reflexões que estão aqui construí interagindo com vocês. Como não posso citar todos os nomes, sintam-se todos abraçado(a)s. Com vocês tenho descoberto a alegria e o prazer em trabalhar com ensino, pesquisa e extensão com a Psicologia;

Aos companheiros, alunos e professores do PET-Saúde e do PRÓ-Saúde, muito obrigado por me fazerem ver e experienciar novas e empolgantes formas de estar no SUS;

Aos professores, amigos e colegas da UFRB, pelas trocas, pelos almoços, pelas parcerias cotidianas. Vocês também estão aqui, em especial os professores Elaine, Lílian, Deisy, João, Éder, Vânia, Sinara, Rosa, entre tantos outros que estão ou já se foram da instituição, deixando suas marcas em mim.

Reinventar práticas psi não diz respeito necessariamente a inventar outros métodos de intervenção, mas a introduzir outros modos de interrogar e outras interrogações, entre elas, o que pretendemos e quais as implicações de nossa prática, daquilo que afirmamos como verdades sobre os que tomamos como nossos sujeitos-objetos.

Simone M. Hüning & Neuza M. F. Guareschi

RESUMO

SANTOS, W. T. M. **Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: A inserção de Profissionais da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** 2015. 165 fls. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2015.

Esta pesquisa buscou compreender as práticas e o trabalho multiprofissional, além de analisar o impacto da formação profissional, na atuação de profissionais da Psicologia em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de um município do interior do nordeste do Brasil. Situando-me no campo das pesquisas qualitativas, utilizei duas estratégias de coleta de dados: a entrevista e a etnografia. A hermenêutica foi utilizada como método na interação com os sujeitos pesquisados e na análise dos dados colhidos em campo. Foram realizadas entrevistas com 6 psicólogas e 1 enfermeira atuante como referência do NASF. A etnografia foi realizada com 2 das psicólogas entrevistadas, acompanhando durante alguns meses suas atividades em campo. Todas as psicólogas entrevistadas se inseriram no NASF por indicação política e estavam vinculadas a uma cooperativa de serviços de saúde. Os maiores subsídios para suas atuações no NASF foram obtidos após a realização de suas graduações, através de cursos de pós-graduação e capacitações, além da experiência adquirida pela inserção em outras políticas públicas. Como estas profissionais lidavam semanalmente com 5 unidades de Saúde da Família com perfis diferentes, o processo de adaptação de suas ações era contínuo e desafiador. Elas enfrentavam no seu cotidiano várias formas de precarização do trabalho: vínculo informal e sem garantia de direitos trabalhistas, uma diversidade de dificuldades estruturais e de condições de trabalho. De forma geral, as profissionais desconheciam o significado do conceito de *apoio matricial* e sua relação com as ações desenvolvidas nos NASF. A maior parte das ações desenvolvidas se concentrava na realização de atendimentos individuais, atividades em grupo, salas de espera e visitas domiciliares. Outras ações eram desenvolvidas (tais como interconsulta e projeto terapêutico singular), mas de maneira pontual. A ênfase de suas ações se dava na dimensão clínico-assistencial do referencial teórico-metodológico do *apoio matricial*, com poucas ações técnico-pedagógicas sendo desenvolvidas com as equipes de Saúde da Família. Apesar da liberdade de ação e das inúmeras possibilidades de desenvolvimento de um cuidado ampliado e integral, essas profissionais tendiam a reproduzir uma ação próxima de uma lógica ambulatorial clínica tradicional, com poucas inovações em suas práticas e com reduzidas reflexões sobre o impacto de suas ações no âmbito do SUS.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Prática Profissional. Equipes Multiprofissionais. Formação do Psicólogo.

ABSTRACT

SANTOS, W. T. M. **From labor precariousness to care potentialities:** the insertion of Psychology professionals in Family Health Support Centers (NASF). 2015. 165 fls. Doctoral Thesis, Institute of Psychology, University of São Paulo, 2015.

This research intended to comprehend multi-professional work and practices, as well as analyze the impact of professional formation in the performance of Psychology professionals in Family Health Support Centers (NASF) of a town in the interior of the northeast region of Brazil. Choosing the field of qualitative research, two strategies for data collection were used: interviews and ethnography. Hermeneutics was used as a method in the interaction with the research subjects and in the analysis of the collected data in the field. Interviews were conducted with six Psychologists and one nurse that was a NASF reference. The ethnography was undertaken with two of the interviewed Psychologists, following their field activities during some months. All the interviewed Psychologists were inserted in NASF through political connections and participated in a Health Services Cooperative. The basis for their performance at NASF was obtained after University graduation, in Post-Graduation courses and training courses, besides the experience acquired by the insertion in other public policies. As these professionals dealt weekly with five Family Health Support Centers with different profiles, the adapting process of their actions was continual and challenging. They faced in their daily routine several forms of precariousness of their labor, such as informal job linkage with no guarantee of working rights and a diversity of structural and working conditions difficulties. In general, the professionals did not know the meaning of the concept of *matrix support* and its relation to the actions performed in NASF. The majority of the developed actions focused on individual care, group activities, waiting rooms and house visits. Other actions were developed (as interconsultation and single therapeutical project), but only on occasion. The emphasis of the actions was in the assistential-clinical dimension of the theoretical and methodological reference of the *matrix support*, with few technical-pedagogical actions performed by the Family Health teams. In spite of the freedom of action and the numberless possibilities of developing an amplified and comprehensive care, these professionals tended to reproduce an action close to a traditional ambulatory and clinic logic, with few innovations in their practices and reduced reflections on the impact of their actions in the SUS environment.

Key-Words: Unified Health System (SUS). Family Health Support Centers. Professional Practice. Multiprofessional Teams. Psychologist Formation.

RÉSUMÉ

SANTOS, W. T. M. **De la précarisation du travail aux potentialités du soin:** L'insertion de Professionnels de la Psychologie dans les Noyaux d'Appui à la Santé de la Famille (NASF). 2015. 164 fls. Thèse de Doctorat. Institut de Psychologie. Université de São Paulo.

Cette recherche a essayé de comprendre les pratiques et le travail multiprofessionnel, en outre d'analyser l'impact de la formation professionnelle dans les actions de professionnels de la Psychologie dans les Noyaux d'Appui à la Santé de la Famille (NASF) d'un village de l'intérieur du nord-est du Brésil. En me situant dans le domaine des recherches qualitatives, j'ai employé deux stratégies de collecte de données : l'entretien et l'ethnographie. L'herméneutique a été employée comme méthode dans l'interaction avec les sujets recherchés et dans l'analyse des données recueillies sur le terrain. Des entretiens ont été réalisés avec 6 femmes psychologues et 1 infirmière dont l'exercice de la profession est une référence dans le NASF. L'ethnographie a été réalisée avec 2 des psychologues interviewées, dont les activités sur le terrain ont été suivies pendant quelques mois. Toutes les psychologues interviewées se sont insérées dans le NASF par indication politique et étaient liées à une coopérative de services de santé. Les plus grands subsides pour leurs actions dans le NASF ont été obtenus après la réalisation de leurs cours universitaires, à travers des cours de masters et d'habilitations, outre l'expérience acquise par l'insertion dans d'autres politiques publiques. Comme ces professionnelles faisaient face toutes les semaines à 5 unités de Santé de la Famille aux différents profils, le processus d'adaptation de leurs actions était continu et portait un défi. Elles affrontaient dans leur quotidien plusieurs formes de précarisation du travail : un lien informel et sans garantie de droits du travail, une diversité de difficultés structurelles et de conditions de travail. De façon générale, les professionnelles méconnaissaient la signification du concept d'*appui matriciel* et son rapport aux actions développées dans les NASF. La plupart des actions développées se concentraient sur la réalisation de soins individuels, d'activités en groupes, de salles d'attente et de visites domiciliaires. D'autres actions étaient développées (telles que l'interconsultation et le projet thérapeutique singulier), mais de manière ponctuelle. L'accent de leurs actions était mis sur la dimension clinique d'assistance du référentiel théorique-méthodologique de l'*appui matriciel*, et peu d'actions techniques-pédagogiques développées avec les équipes de Santé de la Famille. Malgré la liberté d'action et les innombrables possibilités de développement d'un soin agrandi et intégral, ces professionnelles avaient tendance à reproduire une action proche d'une logique ambulatoire clinique traditionnelle, avec peu d'innovations en leurs pratiques et de réduites réflexions sur l'impact de leurs actions dans le cadre du SUS (Système Unique de Santé).

Mots-Clés : Système Unique de Santé. Noyau d'Appui à la Santé de la Famille. Pratique Professionnelle. Équipes Multiprofessionnelles. Formation du Psychologue.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CREPOP	Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
CRM	Centro de Referência da Mulher
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET	Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-NASF	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade dos NASF
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
V&DH	Vulnerabilidade e Direitos Humanos

SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO	15
1 O NASF E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
1.1 Estruturação da Atenção Básica do SUS e a Estratégia de Saúde da Família	21
1.2 NASF: definição, princípios fundantes, composição profissional e lógica de trabalho	27
2 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E NO NASF	34
2.1 Trajetória da Psicologia nas políticas públicas	34
2.2 A Psicologia brasileira nas políticas públicas de saúde	39
2.3 NASF: Ampliando a inserção da Psicologia no SUS e na Atenção Básica	41
2.4 Processos Formativos para o SUS e o desafio de uma profissão que precisa se reinventar	46
3 DIÁLOGOS E INTERFACES DA PSICOLOGIA SOCIAL COM O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA	51
3.1 O <i>campo</i> da Saúde Coletiva	51
3.2 A Psicologia Social em diálogo com a Saúde Coletiva	54
4 PERCURSO METODOLÓGICO	59
4.1 O campo investigado: caracterizando a estrutura de serviços de saúde do município investigado	59
4.2 A realização das entrevistas e a construção de uma postura hermenêutica	65
4.3 A etnografia e a densidade do campo	70
4.4 Análise e Interpretação dos dados	74

5 O TRABALHO NO NASF: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA AS AÇÕES DA PSICOLOGIA	76
5.1 Descrição das profissionais pesquisadas	76
5.2 Elementos de um perfil profissional	82
5.3 Adaptação: <i>modus operandi</i> do nasfiano	87
5.4 O impacto do percurso formativo na vivência do NASF	90
5.5 Precarização dos processos de trabalho no NASF	98
5.6 Estrutura e condições de Trabalho	106
5.7 Articulação do NASF com a Rede de Atenção à Saúde	115
5.8 Atuando em equipe multiprofissional	119
5.9 Ações da Psicologia: alcances, perspectivas e entraves	127
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 145
 REFERÊNCIAS	 152
 APÊNDICES	 167
APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista para as psicólogas trabalhadoras dos NASF	168
APÊNDICE II - Roteiro de Entrevista para Enfermeira Referência do NASF	170
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE	171

INTRODUÇÃO

Tenho atuado como docente em cursos de graduação em Psicologia em faculdades particulares desde o ano de 2006. A partir de 2010, passei a compor como docente efetivo os quadros da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Nesta trajetória tenho visto que o processo de formação em Psicologia e o debate sobre a prática profissional vêm passando por mudanças profundas, principalmente a partir dos anos 2000. Este processo teve alguns marcos importantes (FERREIRA NETO, 2011): a aprovação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Psicologia em 2004, complementada em 2011 (BRASIL, 2004; 2011) e a aprovação do novo Código de Ética Profissional do Psicólogo em 2005 (CFP, 2005). Esses documentos refletem os anseios de boa parte dos profissionais da Psicologia, que buscavam - e ainda buscam - uma reconfiguração do fazer *psi*, mediada por uma formação crítica, pautada nos direitos humanos e comprometida com a questão social brasileira. Esta preocupação não se dá só com a formação no âmbito da graduação, mas busca também ressignificar e reorientar as práticas e intervenções profissionais, ainda pautadas fortemente pelo paradigma biomédico e patologizante, com foco em intervenções clínicas e individuais.

Mas o debate sobre a necessidade de uma nova formação e uma nova prática na Psicologia não se inicia nos anos 2000: observamos a existência de insatisfações desde a década de 1970, pelo menos (GUARESCHI, 2010). No decorrer dos anos 1980 e 1990, a produção de conhecimento sobre os processos formativos e sobre as práticas profissionais continuaram avançando (DIMENSTEIN, 1998) e acumulando uma série de reflexões e críticas em torno da temática. Um fenômeno, porém, ganhou força e destaque nos anos 2000 e fez com que as reflexões tomassem uma proporção maior: o aumento considerável de profissionais da Psicologia nas políticas públicas no Brasil. Essa inserção crescente explica em parte a pressão por mudanças no fazer *psi* naquele momento histórico.

E, de fato, a inserção de psicólogos no campo das políticas públicas tem sido um dos temas mais salientes da Psicologia brasileira nos últimos anos (FERREIRA NETO, 2011). Veja-se, por exemplo, a realização do Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, que se inicia no ano de 2001, e a organização do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) em 2006, via Sistema Conselhos de Psicologia.

Como docente de cursos de graduação em Psicologia vi no decorrer do tempo um interesse crescente de grande parte dos discentes pelo campo das políticas públicas.

Interrogava-me, ao ver tal interesse, se suas graduações os estavam preparando devidamente para essa inserção. Quais práticas e posturas em campo eram exercidas pelos profissionais nestas políticas? Qual o grau de influência da formação obtida durante a graduação nesse exercício profissional? Minha impressão era de que a quantidade de vagas ofertadas nas políticas públicas aumentava e o interesse em participar delas crescia, como se um novo campo no mercado de trabalho surgisse no horizonte.

Como crescia também nesse período o número de cursos de Psicologia no Brasil, e de forma vertiginosa, com cada vez mais profissionais “disponíveis” no mercado de trabalho, parecia de fato que uma “grande oportunidade” surgia para a categoria: um novo campo de atuação estaria se configurando. Entretanto, pensava enquanto docente e pesquisador que talvez esses profissionais recém egressos se inseriam nestas políticas públicas sem uma formação devida e também sem uma postura crítica frente a esta inserção. Encontrando-me com ex-alunos e conversando com eles, percebia que muitos trabalhavam nas mais diversas políticas sem qualquer tipo de identificação ou interesse pelas mesmas. Além disso, por conhecer pessoalmente muitos deles, sabia que sua paixão era por uma atuação clínica, e observava preocupado que suas inserções se davam em grande parte por conveniência financeira e, principalmente, por conhecerem “alguém” que tinha o poder de arranjar uma vaga em alguma dessas políticas.

Observo nos dias atuais uma grande visibilidade social dos profissionais da Psicologia em um número cada vez maior e mais diversificado de políticas públicas. E a política setorial na qual tem havido a maior inserção de psicólogos é o Sistema Único de Saúde (SUS). Pesquisa realizada em 2006 (SPINK, 2007) mostrou que por volta de 10% de todos os psicólogos registrados nos conselhos regionais de Psicologia do Brasil naquele ano estavam trabalhando na rede de serviços de saúde do SUS. Este número é significativo e tudo indica que tenha aumentado consideravelmente nos últimos anos, dado o acréscimo paulatino de vagas para a Psicologia que o SUS tem ofertado.

A implantação do SUS foi um elemento importante na consolidação das políticas de saúde como espaço importante de prática, formação e referência profissional para a categoria (SPINK, 2007). A literatura (FERREIRA NETO, 2011; JIMENEZ, 2011) destaca dois grandes marcos desta inserção: a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que vai se consolidando a partir dos anos 1990 e a entrada, a partir de 2008, dos psicólogos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criado para apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de forma a aumentar a abrangência e o escopo de suas ações, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o NASF na portaria GM nº 154 em 2008 (BRASIL, 2008). Como é

uma política pública bastante recente, o NASF vem sendo reformulado em sua legislação nos últimos anos como forma de se adaptar a uma realidade social bastante dinâmica.

Pelo seu curto tempo de existência, esta política ainda carece de reflexões e pesquisas, para além de algumas já foram realizadas (AZEVEDO; TATMATSU, 2011; JIMENEZ, 2011; SILVA, 2012; CAMBUY, AMATUZZI, 2012; ARCANJO; SCHRAIBER, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013, entre outras). Especificamente no campo acadêmico, pelo que se pode ver em *sites* das universidades brasileiras, existem ainda poucas dissertações e teses investigando especificamente a inserção da Psicologia nos NASF e os desdobramentos dessa inserção.

A Atenção Básica, como um nível de complexidade que guarda particularidades e desafios para a atuação das diversas categorias da área da saúde (DIMENSTEIN, 2011), suscita que os profissionais e os pesquisadores reflitam sobre esta atuação (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013). Especificamente, a inserção da Psicologia na Atenção Básica como um todo, e em especial nos NASF, tem cada vez mais aproximado os psicólogos de realidades muito “duras” e distantes do que é comumente discutido e abordado no âmbito das graduações. A inserção em bairros e comunidades de baixa renda, onde a “falta” (de tudo) muitas vezes é bastante presente, faz com que o profissional tenha que se perguntar sobre as técnicas/ferramentas/tecnologias de cuidado utilizados e sobre os referenciais teóricos disponíveis na Psicologia. O trabalho multiprofissional também se configura como um grande desafio, pois convoca os profissionais da Psicologia a ultrapassar suas barreiras identitárias, na tentativa de um diálogo real com o *saber* das outras profissões da saúde, em que a integralidade seja de fato vivenciada.

Algumas reflexões sobre a inserção da Psicologia no NASF (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; PAULON; NEVES, 2013) têm considerado que o tipo de trabalho e a proposta deste dispositivo ainda suscitam uma série de dúvidas nos profissionais. Muitos conceitos, métodos e práticas interventivas vêm sendo propostos, a maioria advinda do *campo* da Saúde Coletiva (que inclusive lança as principais bases de atuação do NASF). Na prática cotidiana dos profissionais, porém, existe uma grande confusão sobre as formas possíveis de trabalho e sobre a concepção em si do NASF (SUNDFELD, 2010).

Esses questionamentos serviram como ponto de partida para que, em minha trajetória como docente e pesquisador, eu pudesse também desenvolver ações que trouxessem mais clareza sobre esta inserção da Psicologia no SUS como um todo e no NASF em especial. Essas ações trouxeram luzes importantes sobre as reflexões que desenvolvo nesta tese. Uma delas é a disciplina que ministro (e para a qual fui concursado) no âmbito da UFRB, intitulada

Psicologia e Políticas Públicas, em que discuto a inserção da Psicologia e de seus profissionais nos processos de elaboração, administração, participação e avaliação das políticas públicas no Brasil. Várias discussões interessantes têm sido desenvolvidas no âmbito desta disciplina, muitas delas contidas nas linhas deste trabalho.

Outra ação que venho desenvolvendo nos últimos anos é a atuação como supervisor de *Estágio Supervisionado Básico*, através do qual tenho inserido estagiários do final do curso de Psicologia em Unidades de Saúde da Família (USF). Este estágio, aproximando-se bastante da atuação da Psicologia nos NASF (inclusive realizando uma parceria com as psicólogas que lá atuam), tem trazido uma série de reflexões pertinentes ao exercício profissional neste âmbito.

Venho atuando também nos últimos anos como tutor de dois grupos do Programa de Educação pelo Trabalho na área da Saúde (PET-Saúde), nos projetos: 1) *Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção à saúde* e 2) *Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/Aids em mulheres*, ambos ligados ao Centro de Ciências da Saúde (CCS)/UFRB. Esses grupos PET-Saúde constituem grupos de aprendizagem tutorial na área da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família e na Vigilância em Saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação e iniciação profissional em serviço do SUS para estudantes dos cursos do CCS/UFRB. Participam desses grupos estudantes dos cursos de Graduação em Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Medicina, que se inserem de forma privilegiada tanto na assistência como na gestão da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde. Trabalhando em parceria com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) também em desenvolvimento no CCS/UFRB, realizamos ações e práticas que possam garantir aos discentes dos cursos de graduação envolvidos uma compreensão profunda e vivencial sobre o SUS, para que possam tornar-se trabalhadores críticos e comprometidos com as necessidades sociais e de saúde de nosso país.

Esta tese buscou compreender as práticas e o trabalho interdisciplinar de profissionais da Psicologia atuantes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de um município do interior do nordeste do Brasil. Buscou também entender as possíveis relações entre a formação profissional adquirida durante a graduação em Psicologia e as ações desenvolvidas por estes profissionais nos NASF.

É importante esclarecer que optei em não deixar claro o município no qual a pesquisa foi realizada, levando em consideração que muitas das informações que foram descobertas exporiam sobremaneira os trabalhadores e os deixariam em situação delicada frente à Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, entendi que não expor esse município me traria

uma maior liberdade para relatar e debater mais profundamente questões que emergiram durante a pesquisa.

Como forma de sistematizar as descobertas aqui contidas, organizei esta tese em cinco capítulos. No *capítulo 1* abordo o processo histórico de constituição do Sistema Único de Saúde brasileiro e de que maneira a Estratégia de Saúde da Família se estabelece na atualidade como a principal porta de entrada, o contato preferencial e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde desse sistema. Além disso, discorro mais profundamente sobre o significado do NASF e seu contexto de surgimento, os conceitos que estão relacionados à sua prática, além de sua composição profissional e os processos articuladores implicados nesta política pública.

No *capítulo 2* discorro sobre a trajetória da inserção dos profissionais da Psicologia nas políticas públicas em geral, aprofundando a discussão sobre a história e as implicações, na formação e na prática profissional, da inserção nas políticas de saúde e, mais especificamente, no NASF.

No *capítulo 3* reflito sobre a história e a caracterização do campo da *Saúde Coletiva* como um espaço coletivo de produção de conhecimentos e práticas sobre a saúde, assim como analiso algumas interfaces entre as reflexões e experiências da Saúde Coletiva e a inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

No *capítulo 4* discorro sobre o percurso metodológico adotado. Inicialmente faço uma caracterização da história de implantação do Programa de Saúde da Família no município pesquisado, descrevendo a composição e estrutura da Rede de Atenção à Saúde municipal, assim como também conto a história de implantação do NASF e sua estrutura nos dias atuais. Além disso, esclareço de que forma utilizei e vivenciei as estratégias de busca e análise das informações.

No *capítulo 5* descrevo e analiso as informações colhidas em campo, começando com uma descrição das profissionais pesquisadas, expondo após isso as principais categorias encontradas, na tentativa de entender os desafios e as potencialidades vivenciadas na prática de profissionais da Psicologia inseridos nos NASF.

Termino esta Tese com algumas *considerações finais*, onde busco sintetizar as principais descobertas da pesquisa e trago outros elementos de análise, buscando ainda algumas possibilidades de resolução em relação a alguns dos resultados encontrados.

Espero que as reflexões contidas nesta tese possam ajudar a todos e todas que, assim como eu, lutam por uma formação mais crítica, humanizada e comprometida com a questão

social em nosso país. Desejo que este trabalho inspire os profissionais de Psicologia e das demais categorias profissionais da saúde a manterem a esperança, talvez utópica, de que a mudança do SUS e nas formas de *cuidado* com o outro possa se dar, além das macro determinações pensadas pelo Estado Brasileiro, também nas micropolíticas cotidianas daqueles que também desejam que o SUS se efetive e possa ofertar um serviço de qualidade do qual todos se orgulhem de fato.

1 O NASF E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 Estruturação da Atenção Básica do SUS e a Estratégia de Saúde da Família

O final dos anos 1970 e o decorrer dos anos 1980 foram o nascedouro onde se desenvolveram os principais questionamentos sobre as políticas públicas de saúde na história recente do Brasil (MENDES, 1996). A pressão por mudanças fez com que as insatisfações se aglutinassem em torno do *Movimento Sanitário* (formado em grande parte por trabalhadores e intelectuais progressistas do setor saúde, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, etc.), onde o debate sobre o campo da saúde se tornou politizado e no qual se exigiam profundas transformações sociais em nosso país (PATTO, 2009).

Essa articulação de amplos setores da sociedade vai demandar a necessidade de uma ampla Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que terá como marco histórico de debates e proposições a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. O relatório final dessa conferência serviu como subsídio de proposições para o debate sobre a criação de uma política de saúde estruturada no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014), responsável pela elaboração e aprovação em 1988 da nova Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), que reconhece expressamente a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e incorpora a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta proposta vai ser referendada na legislação orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90) aprovada pelo Congresso Nacional em 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b).

A proposta do SUS entende a saúde em uma perspectiva democrática, articulando as políticas sociais com as econômicas, guardando uma série de inovações e avanços para o campo da saúde (GUIMARÃES; TAVARES, 2003) e também representando uma democratização do acesso para toda a população brasileira. O SUS vai promover uma organização descentralizada, permitindo aos vários municípios do país a elaboração de políticas pertinentes às suas realidades locais e referendando seus princípios básicos: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada.

O SUS irá se estruturar aos poucos, por meio da busca de uma integração da rede de serviços, constituindo módulos regionais estruturados sob o critério de hierarquização dos seus níveis de atenção¹, expressando que a organização do sistema irá se definir pelas

¹ A organização do sistema de saúde por níveis de complexidade foi desenvolvida por Lord Dawson em 1920 na Grã-Bretanha, distinguindo três níveis principais de atenção: primária, secundária e terciária, levando em

diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera do governo, atendimento integral (integralidade) e participação da comunidade (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Como forma de alcançar seus princípios e de garantir e aumentar o acesso ao SUS das chamadas “camadas de risco”² da população, o Ministério da Saúde (MS) lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), repousando suas bases no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como uma de suas principais metas se utilizar de uma rede social preexistente para traçar um perfil epidemiológico das comunidades, enfatizando a promoção de saúde e tendo no agente comunitário o principal elo entre a população e os serviços de saúde. O PSF vai além do PACS ao definir uma nova estrutura de funcionamento da Atenção Básica (AB), tendo no seu centro de ação a família, indo até as comunidades e detectando as necessidades sociais e de saúde da população.

A Atenção Básica tem sido entendida em vários países do mundo como o nível de atenção que tem a capacidade de reorientar e reorganizar os sistemas de saúde, levando em consideração as necessidades da população e enfrentando os determinantes e condicionantes sociais na tentativa de promover a saúde como um direito social (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014). Segundo Starfield (2002), investir na Atenção Básica³ significa ter mais efetividade na organização dos serviços de saúde, melhorando a atenção e o cuidado e resultando também em impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema de saúde. O autor discorre sobre este nível de atenção como um conjunto de serviços de saúde que oferta acesso na porta de entrada do sistema a todas as necessidades e problemas na atenção à pessoa, no seu autocuidado, em um determinado espaço de tempo e com a finalidade de promover saúde.

A Atenção Básica no Brasil vai se transformando no decorrer do tempo e, na atualidade, pressupõe uma intervenção ampla em diversas instâncias e a partir de uma série de profissionais para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população

consideração a complexidade da atenção, assim como a necessidade e a demanda do usuário do sistema. Essa proposta de organização é referência para muitos países e também para o Brasil. Todavia, no âmbito da atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), Atenção Primária e Atenção Básica são utilizados como equivalentes, mas prefere-se utilizar a nomenclatura *Atenção Básica*. Utilizarei aqui, de acordo com as premissas do Ministério da Saúde do Brasil, o termo Atenção Básica ao invés da Atenção Primária. É importante destacar, igualmente, que essa divisão da atenção à saúde em níveis de complexidade não é consensual e tem sido questionada por vários estudiosos da temática (MERHY, 1997; CAMPOS, 2003).

² Existe no âmbito da literatura sobre o SUS (e sobre a Atenção Básica em particular) uma divergência em

³ Starfield adota a nomenclatura *Atenção Primária à Saúde*.

atendida. Segundo a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, BRASIL, 2011a), esta é caracterizada por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011a).

Como vemos, sendo complexa e multifacetada, esta política se alicerça nos direitos sociais da forma como estão expressos na Constituição Federal de 1988 e é pensada como uma política pública integrada a outras políticas setoriais (tais como Assistência Social e Educação, dentre outras). Em tese, como é a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Básica deverá desenvolver uma série de ações técnicas e políticas a partir de uma lógica de mudança das práticas tradicionais e biomédicas, realizando ações que possam contribuir com a qualidade de vida das pessoas que moram em determinado território sob sua responsabilidade. Além disso, a nova PNAB considera a Atenção Básica como um elemento fundamental para organizar e coordenar o cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS),

Esta Portaria conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro

ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a).

O decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011c), que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Para que a AB cumpra esta função de ser a articuladora da RAS, deverá ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faça sempre que necessária. Deverá também ser resolutiva, coordenar o cuidado através do acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, ordenando e reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, mas ainda organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011a).

A PNAB tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. É entendida como *estratégia* ao invés de *programa* (como era antes o Programa de Saúde da Família), partindo do princípio de que se deve pensar esta política pública como atribuição do Estado Brasileiro e não de um governo em específico. Por isso ela objetiva ser uma ação perene no Brasil e não um programa que pode mudar ao sabor cíclico do processo eleitoral.

A ESF mantém os princípios constitutivos do SUS, apoiada em uma proposta de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, ofertando ações e serviços que visam a inclusão e integração das populações vulneráveis e em situação de injustiça social (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014, p.49).

O *território*, como pensado na ESF pode ser entendido como um espaço político de atuação, onde são vivenciadas as relações sociais, culturais e históricas, individuais e coletivas, dos encontros e também dos conflitos e contradições (SANTOS, 1997). A configuração territorial possui também uma existência material própria, mas a sua existência social e “real” somente lhe é dada pelas relações sociais e é principalmente esse conjunto de relações que nos permite entender uma configuração geográfica (SANTOS, 1996). O território é, assim, um sistema de objetos e de ações articulados, sendo também uma produção eminentemente histórica. Além disso, o território pode ser entendido como

[...] o espaço concreto em si (com seus atributos naturais e socialmente construídos) que é apropriado, ocupado por um grupo social. A ocupação do território é vista como algo gerador de raízes e identidade. Um grupo não pode mais ser compreendido sem o seu território, no sentido de que a identidade sócio-cultural das pessoas estaria inarredavelmente ligada aos atributos do espaço concreto (natureza, patrimônio arquitetônico, paisagem) (SOUZA, 1995, p.84).

A ESF vai atuar no território (chamado na PNAB de território adstrito, que é a área de abrangência e de responsabilidade de uma unidade de saúde) considerando suas dimensões socioculturais, entendendo que os profissionais precisam respeitar e adaptar suas ações às particularidades desse território. Como uma estratégia que também visa desenvolver uma reorientação do modelo assistencial, suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (OHARA; SAITO, 2010, p. 44). Ainda que a AB desenvolva uma série de ações em unidades básicas de saúde com diferentes configurações da equipe de profissionais e com impacto populacional diferenciado, a ESF, encarada como elemento fundamental da tentativa de reorganização da AB, irá ter na Unidade de Saúde da Família (USF) o equipamento de maior capilaridade atual nos territórios.

As diretrizes operacionais da ESF, como estratégia de reorganização da atenção primária, definem a unidade de saúde da família como unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, por intermédio da equipe multiprofissional. [...] a unidade de saúde da família tem papel de porta de entrada preferencial do sistema local, assegurando a referência e a contrarreferência para os demais níveis do sistema (AQUINO *et. al.*, 2014).

As USF são formadas por equipes de Saúde da Família (eSF⁴) que, em tese⁵, deverão atuar dentro do seu território de abrangência com no máximo 4.000 pessoas, sendo recomendada uma média de 3.000 pessoas pela PNAB. Uma USF pode comportar em suas dependências físicas mais de 1 eSF, que utilizam o espaço físico da unidade de saúde mas atuam em territórios distintos. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011a).

⁴ Utilizei, para evitar confusão ao leitor, a sigla *eSF* para me referir às equipes de Saúde da Família, diferenciando da sigla *ESF* que se refere à Estratégia Saúde da Família.

⁵ Em muitos casos este número é ultrapassado, como aconteceu com muitas USF observadas na pesquisa realizada nesta tese.

As eSF são compostas por equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeir(a)o generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, op. cit.). O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

A implantação destas equipes visa à reorganização do SUS e ao aprofundamento da municipalização⁶, e é resultado de esforços de gestores de vários níveis do governo procurando respostas e alternativas ao modelo hegemônico de atendimento centrado na doença e no atendimento médico individual, bem como à fragmentação quanto à prevenção e cura (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Elas atuam segundo o paradigma de produção social da saúde e da doença, entendendo que ambas resultam de situações e condições influenciadas por diversos fatores, tais como determinações econômicas, sociais, culturais e políticas (OHARA; SAITO, 2010).

Dessa forma, percebemos que a ESF vem se configurando ao longo do tempo como uma importante política de reorganização dos modelos de atenção do SUS no Brasil. Embora seja uma política induzida e financiada em grande parte pelo governo federal, a partir da descentralização progressiva do SUS, a responsabilidade vai ser das gestões municipais. É dessa forma que a ESF vai assumindo características de acordo com os contextos locais e municipais, com avanços e inovações, mas também com níveis incipientes de implementação e uma série de dificuldades em outras situações (AQUINO et. al., 2014, p. 369). A realidade cotidiana do SUS é multifacetada e complexa, indicando sua natureza democrática e a relação direta da condução da política pública com os rumos das administrações municipais.

Esse processo de descentralização do SUS e os rumos que tem tomado principalmente a Atenção Básica e a ESF em particular faz com que alguns autores (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; AQUINO et. al., 2014; SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014) destaquem os intensos desafios pelos quais passa: o subfinanciamento do SUS; a necessidade de

⁶ Atualmente o impacto da Estratégia de Saúde da Família é enorme no Brasil, onde existem 38.585 equipes de saúde da família atuando em 5.430 municípios com uma cobertura populacional de 119.498.080 habitantes, representando 59,43% da população brasileira. (BRASIL, 2014).

qualificação dos profissionais; a precarização dos vínculos trabalhistas e das condições de trabalho dos profissionais; a rotatividade dos profissionais e a influência dos interesses partidários em detrimento das demandas reais da população e dos serviços de saúde entre outros. Mesmo com toda a expansão quantitativa da AB e ESF, ainda visualizamos intensos problemas e precariedades nestas políticas, indicando que muito ainda precisa avançar qualitativamente.

É nesse sentido que existem autores que indicam que a ESF, fora algumas poucas “ilhas de excelência” seja considerado como sendo um abismo entre a teoria/legislação de um lado (que preconiza princípios e ideais extremamente interessantes e impactantes nas condições de saúde da população) e a realidade cotidiana dos serviços de saúde (que, no caso dos municípios implica uma “politicagem” sem escrúpulos dos gestores municipais) (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Isso acaba implicando em um sistema em que se percebe uma grande dificuldade de avanço real, onde muitas vezes tem-se a impressão de que esses princípios e ideais não conseguem se concretizar na prática e onde a grande maioria das intervenções se pauta em práticas conservadoras e clientelistas, interpretado como um sistema que não funciona, que é caótico e que não tem apresentado alternativas de atuação.

1.2 NASF: definição, princípios fundantes, composição profissional e lógica de trabalho

Com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na Rede de Atenção à Saúde, aumentando sua abrangência, o escopo de suas ações, além de ampliar sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da portaria GM nº 154⁷, de 24 de Janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Os NASF foram pensados com o objetivo de se alcançar a integralidade da atenção à saúde e a interdisciplinaridade das ações dos profissionais trabalhadores da Atenção Básica (BRASIL, 2011a). Este dispositivo pretende se constituir, assim, como um elemento estratégico para a melhoria da qualidade da AB como um todo e mais especificamente da ESF, através de um compartilhamento de saberes entre os profissionais, ampliando a resolutividade clínica das equipes (BRASIL, *op. cit.*).

Segundo a atual PNAB, os NASF fazem parte da Atenção Básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. As atividades do NASF podem ser

⁷ Esta portaria foi revogada com a publicação da portaria 2.488/2011 (atual Política Nacional de Atenção Básica).

desenvolvidas nas USF ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), academias da saúde ou em outros pontos ou dispositivos no território. As intervenções devem buscar ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Os NASF devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de saúde de referência (eSF's ou outras equipes de atenção básica), atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Ambulatórios Especializados, entre outros), além de terem uma atuação intersetorial, articulando ações com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com as políticas de educação, com entidades não governamentais, redes sociais, movimentos sociais, entre outros. Além disso, o NASF deverá atuar dentro das diretrizes da Atenção Básica: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização, entre outras (BRASIL, 2009a).

A lógica de atuação dos NASF se pauta na responsabilização compartilhada entre a equipe NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica, para populações específicas. Além disso, prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade da Atenção Básica, fortalecendo o princípio da mesma como coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde.

As equipes NASF apoiam um determinado número de equipes de Saúde da Família de acordo com sua modalidade e características. Atualmente existem três modalidades de NASF (BRASIL, 2012a): *NASF 1*⁸, podendo estar vinculado entre 5 e 9 eSF's¹⁰; *NASF 2*, que pode estar vinculado entre 3 e 4¹¹ eSF's; *NASF 3*, que pode estar vinculado entre 1 e 2¹² eSF's.

⁸ Todos os NASF pesquisados nesta tese foram desta modalidade.

⁹ O somatório das cargas horárias dos profissionais componentes deverá ter um mínimo de 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.

¹⁰ A nova PNAB acrescenta às equipes de Saúde da Família convencionais novas modalidades de equipes de atenção básica voltadas para populações específicas: ECR ou Equipe do Consultório na Rua; ESFR ou Equipe de Saúde da Família Ribeirinha e UBSF ou Equipe Básica de Saúde Fluvial (BRASIL, 2011a).

¹¹ Onde o somatório das cargas horárias dos profissionais componentes deverá ter um mínimo de 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

¹² O somatório das cargas horárias dos profissionais componentes deverá ter um mínimo de 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Os NASF poderão ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e especialidades¹³, que deverão atuar de forma integrada, apoiando e matriciando os profissionais das equipes de Saúde da Família, dentre outros profissionais e dispositivos da Atenção Básica, compartilhando suas práticas e seus saberes em saúde. A composição dos profissionais que farão parte de cada NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Existem várias possibilidades de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais dos NASF,

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: 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 e etc. (BRASIL, 2011a).

Todavia, é importante considerar que a PNAB e a legislação sobre o NASF elencam várias possibilidades de ação para os profissionais, não determinando a obrigatoriedade do desenvolvimento de todas e apenas tais atividades. No momento da análise da realidade com que irão se deparar, os profissionais do NASF irão determinar quais ações poderão ser realizadas, a partir do rol elencado na legislação, mas também acrescentando novas intervenções a partir da demanda real do território e da população a ser atendida.

O conceito de *apoio*, central na proposta do NASF, está orientado fundamentalmente pelo referencial teórico-metodológico do *apoio matricial* ou matriciamento. Esse referencial foi formulado por Campos (1999; 2003; 2007), que propõe uma série de arranjos e dispositivos para estimular a democratização da gestão, a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica. O fundamento de suas formulações está na reorganização dos serviços de saúde

¹³ Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011a).

com base na composição de Equipes de Referência e Apoio Matricial, bem como na confecção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS's).

O conceito Apoio procura capturar todo esse significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou de interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. O termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, sustentado e empurrado por sua vez pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo (CAMPOS, 2003b, p. 88).

Essa noção de Apoio¹⁴ foi desenvolvida a partir de uma série de experiências que se iniciaram no município de Campinas/SP e que foram sistematizadas por Campos nas suas várias reflexões e produções científicas. Longe de ser um conceito pronto, traz uma reflexão teórico-metodológica pela qual se busca superar a lógica de produção taylorista incorporada na área da saúde, onde existe uma fragmentação de saberes e práticas, os serviços são hierarquizados e há uma supervalorização do conhecimento especializado (CAMPOS, 2007).

Assim, o conceito de apoio vai propor uma relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ultrapassando a hierarquia baseada na autoridade e focando em procedimentos dialógicos entre as equipes (CAMPOS, 2001).

O termo apoio foi retirado do método Paidéia, que cria a figura do apoiador institucional e sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. No caso, o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo (CAMPOS, 2007, p. 402).

O significado do conceito *matriz*, contido no conceito de *apoio matricial*, pode ser entendido também como uma forma de desenvolver relações e processos de trabalho mais horizontais.

O termo matriz carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado

¹⁴ Conceituado nas formulações de Campos como *Apoio Paidéia*.

para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização (CAMPOS, 2007, p. 402).

Na busca de superar a lógica taylorista nos processos de trabalho da saúde, Campos (1998) sistematiza o conceito de *unidade de produção*. Para isso, pressupõe a modificação dos organogramas dos serviços de saúde inspirados no taylorismo, entendendo que seria necessário extinguir os departamentos e seções recortados segundo as profissões e criar unidades de trabalho a partir da demanda de cada atividade.

Assim, os profissionais envolvidos em um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seria composto por uma equipe multiprofissional (CAMPOS, 1998, p. 865).

A concepção de unidade de produção permite a emergência das *equipes de referência* e das *equipes de apoio*. A noção de equipes de referência pode ser entendida a partir da relação profissional com a clientela e a possibilidade real da construção e aumento do vínculo com o usuário, onde a relação terapêutica se dá de forma longitudinal e há um acompanhamento próximo do processo saúde-doença-atenção de cada usuário (CAMPOS, 1999). A equipe e os profissionais de referência têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Esse arranjo tende a garantir responsabilidade pela produção de saúde, o usuário tem um nome e uma história, não sendo apenas uma “doença” diagnosticada em um prontuário. A equipe aqui tende a estar mais implicada nas suas ações e vai conhecer mais de perto a idiosincrasia dos usuários pelos quais se responsabiliza. Já a equipe de apoio se baseia na noção de apoio matricial.

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e

contra-referência, protocolos e centros de regulação (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O conceito do apoio matricial como uma retaguarda especializada para equipes de referência se relaciona com os conceitos de *campo* e *núcleo* na perspectiva da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000). Esses conceitos nos ajudam a distinguir os saberes e práticas específicos de cada categoria profissional e também as responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde. No núcleo se aglutinam conhecimentos e práticas que delineiam uma identidade profissional com suas formas específicas de cuidado à saúde: o cuidado e a ética do profissional da Medicina, do profissional da Enfermagem, do profissional da Psicologia, etc. Já o campo pode ser entendido como o espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática e onde todos profissionais atuam ou deveriam atuar, ultrapassando os limites de sua formação. O objetivo é alcançar o usuário e todos os conhecimentos e práticas são igualmente importantes na busca de um cuidado ampliado, sistemático e comprometido.

O processo de trabalho no NASF, dessa forma, vai pressupor uma intervenção multi e interprofissional, na qual, para atuar no campo, cada profissão deve buscar apoio em outras especialidades para desenvolver suas ações. Aqui reside a base do apoio matricial, pelo qual os profissionais das áreas especializadas, que não estão envolvidos no seu cotidiano com as demandas da equipe de referência, oferecem suporte técnico especializado às mesmas: o núcleo especializado dá suporte ao campo interdisciplinar das equipes de referência.

O Apoio Matricial comporta então dois tipos de retaguarda especializada: *assistencial* e *técnico-pedagógica*. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, enquanto a dimensão técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe.

Na tentativa de sintetizar todos os conceitos contidos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família discutidos até aqui temos que: o NASF é um *núcleo*, onde cada trabalhador traz sua *expertise* e experiência específica de sua formação profissional; estes profissionais prestam um *apoio* especializado a partir das *dimensões assistencial* e *técnico-pedagógica*; os profissionais do NASF são as *equipes de apoio* que prestam uma retaguarda especializada para as equipes de saúde da família, entendidas como *equipes de referência*.

O apoio matricial tem sido cada vez mais entendido como um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011d). Ele é um dos elementos-

chave para a ampliação e a qualificação da assistência (CAMPOS; DOMITTI, 2007), ampliando as possibilidades de intervenção e aumentando a capacidade de resolução dos problemas em saúde. É, dessa forma, uma metodologia de trabalho que age a partir da lógica da coresponsabilização territorial, contribuindo com novos e ampliados olhares para demandas e dificuldades antigas e anacrônicas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Objetiva construir, em conjunto e em parceria, diretrizes tanto clínicas como sanitárias entre os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e os apoiadores matriciais, favorecendo a criatividade dos profissionais envolvidos e possibilitando a construção de novos dispositivos e tecnologias interventivas no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2009a).

2 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E NO NASF

2.1 Trajetória da Psicologia nas políticas públicas

A Psicologia enquanto profissão tem um histórico bem recente no Brasil, tendo sido regulamentada formalmente como profissão pela Lei Federal nº 4.119 de 27 de agosto de 1962, pouco antes do Golpe Militar de 1964, que condenou o Brasil a décadas de autoritarismo e repressão. Nesse momento histórico, foram constituídas quatro grandes áreas de atuação do psicólogo: clínica, escolar, industrial e o magistério (BOCK, 2007). A ênfase das atividades profissionais desenvolvidas nessas áreas se centrava nitidamente no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela financeiramente privilegiada (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A Psicologia, nos momentos iniciais de sua implantação, vai tentar responder principalmente aos interesses das elites brasileiras, utilizando sua *expertise* para o controle, a higienização e a categorização dos indivíduos, mantendo e aumentando a lucratividade do sistema capitalista (BOCK, 2007) e o exercício do biopoder sobre os corpos e as psiques dos cidadãos (GUARESCHI, 2005).

A decorrência imediata desses fatos nas práticas psicológicas e, obviamente, na formação profissional foi o predomínio de abordagens individualistas, descontextualizadas e apoiadas em modelos abstratos de seres humanos. Tais modelos eram tomados como medidas para a realização e avaliação das ações, o que engendrou processos de normatização e de controle das pessoas e contribuiu para a naturalização das expressões de violência e repressão. (SCARPARO; GUARESCHI, 2007, p. 100).

Comprometida com as elites do Brasil e envolvida na esperança social de que a tecnologia fosse uma pré-condição para a modernização, a Psicologia vai prometer a possibilidade de previsão do comportamento e isso será sua condição de ter um lugar ao sol como uma legítima expressão de um saber técnico-científico (BOCK, 2007).

Neste período inicial de sua existência (principalmente até o início dos anos 1980), a Psicologia é cooptada pelo paradigma desenvolvimentista da ditadura militar e se transforma em certa medida em um espaço de articulação de algumas formas de exclusão social (através da extrema patologização do mundo psíquico dos indivíduos), predominando em suas práticas a ideia de uma adaptação dos “desviantes” da sociedade (os “anormais” ou os “loucos” que tão fortemente se inscreveram no imaginário do senso comum), transformando muitas vezes

as práticas psicológicas em nítidos instrumentos de controle ideológico (SCARPARO; GUARESCHI, 2007).

A população brasileira, principalmente a classe média, era atingida nesse período histórico por uma ideologia que incentivava o conformismo político e a produção de subjetividades consumistas (COIMBRA, 1995). Essa ideologia reverbera para o campo da Psicologia, desenvolvendo uma forma de conhecimento que pensava o ser humano sob uma perspectiva individualista, objetivando desenvolver uma ciência com pretensões universais e professando uma postura “neutra” e apolítica.

Essa perspectiva fez com que muitos psicólogos se focassem nas práticas, teorias e abordagens da Psicologia que não questionavam diretamente o *status quo* político vigente, tais como a área da avaliação psicológica, a prática clínica individual, ações nas escolas e nas empresas, além de teorias de cunho positivista que focavam no método experimental ou na adaptação do homem à sociedade como o ideal a ser atingido (SCARPARO; GUARESCHI, op. cit.). Podemos destacar ainda o patrulhamento ideológico da ditadura militar, que se fez presente na fiscalização dos currículos de Psicologia e dos conteúdos possíveis de serem ensinados aos estudantes nos cursos de graduação.

A partir do final dos anos 1970 e no decorrer dos anos 1980, o perfil da profissão começa aos poucos a passar por um processo de mudança, determinado por uma série de fatores, entre os quais (YAMAMOTO, 2003): o período final do regime autocrático-militar; uma crise mundial da acumulação capitalista; a falência do modelo de profissional liberal autônomo¹⁵; a abertura de novos campos de atuação gerada pela redefinição de um estado de bem-estar social brasileiro não totalmente estruturado e a atuação cada vez mais frequente de profissionais da Psicologia em novos e diversos espaços e instituições da sociedade. Além disso, destaca-se uma série de embates e disputas no campo teórico-ideológico que tentavam redefinir as bases epistemológicas da Psicologia.

Esse processo paulatino de mudança no perfil profissional, aliado a uma insatisfação de um número crescente de psicólogos preocupados com a falta de comprometimento da Psicologia com as reais demandas da população, fez com que se iniciasse um crescente debate sobre a necessidade de uma atuação profissional mais qualificada e implicada socialmente, que pudesse realmente contribuir com uma melhor qualidade de vida para a população brasileira (BOCK, 2007).

¹⁵ Essa falência significou o início de uma maior diversificação das áreas de atuação dos profissionais da Psicologia, superando a atuação clínica como o principal modelo de atuação e elemento definidor da identidade profissional (Ver BOCK, 2003; YAMAMOTO, 2003; SCARPARO; GUARESCHI, 2007, entre outros).

Fez-se necessário um redirecionamento e um repensar da profissão: novas alternativas de intervenção e novas concepções deveriam ser gestadas para que a Psicologia não fosse apenas mais uma profissão a atuar em diversas instituições (principalmente públicas), mas que pudesse de fato contribuir concreta e substancialmente com sua especificidade na luta por uma melhor qualidade de vida psíquica da população, alicerçada pelo paradigma dos direitos humanos e do desenvolvimento pleno da cidadania dos brasileiros (SPINK, 2007).

Da insatisfação surgiram ou foram aperfeiçoadas propostas que se propunham a repensar e/ou fundar novos paradigmas de atuação dos profissionais da Psicologia, partindo principalmente da noção de um comprometimento social ante a alarmante exclusão dos mais variados tipos (econômica, social, política, etc.) na qual se encontrava a maioria dos brasileiros (SCARPARO; GUARESCHI, 2007).

No período abordado (final da década de 1970 e início dos anos 1980), há uma inserção cada vez maior dos profissionais da Psicologia no campo das políticas públicas, principalmente no campo da saúde (YAMAMOTO, 2003), atuando não só na execução como também na proposição destas políticas. Essas inserções trouxeram uma série de reflexões sobre as formas de atuação destes profissionais e de que maneira o substrato teórico-metodológico da Psicologia poderia dar conta do trabalho com a subjetividade e os processos psicossociais. A partir desse momento e nas décadas posteriores, a temática das políticas públicas vai assumir uma relevância cada vez mais significativa no campo da Psicologia (GONÇALVES, 2010).

A temática da relação entre a Psicologia e as Políticas Públicas como um campo de inserção profissional começa a ser abordada a partir do aprofundamento da Reforma Psiquiátrica nos anos 1990 e da inserção de muitos psicólogos na rede de atenção psicossocial que passou aos poucos a se constituir. Todavia, as pesquisas, discussões e interesse sobre a inserção neste campo vão tomar um impulso maior a partir dos anos 2000. A partir daí, há um grande aumento da presença e da visibilidade social dos profissionais da Psicologia em um número cada vez maior e mais diversificado de políticas públicas, nos mais diversos setores (no âmbito do SUS o destaque quantitativo se dá com a criação dos NASF a partir de 2008) (GONÇALVES, 2010). Podemos entender esse fenômeno também a partir da luta da categoria para ampliar os espaços para os profissionais da Psicologia, visto que a partir dos anos 2000 houve um grande aumento do número de cursos de Psicologia em nosso país (LISBOA; BARBOSA, 2009) e se deveria pensar e lutar pelo aumento das oportunidades de inserção dos profissionais.

Destaco aqui alguns marcos de investigações realizadas em âmbito nacional que objetivaram dar conta desse processo de inserção cada vez mais frequente da Psicologia nas políticas públicas. Em primeiro lugar, o Banco Social de Serviços da Psicologia (CFP, 2005) que, entre 2003 e 2005 realizou uma ampla pesquisa no Brasil sobre a inserção de profissionais da Psicologia em seis áreas de políticas públicas sociais. Em segundo lugar, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), um desdobramento do Banco Social de Serviços da Psicologia. Tendo iniciado suas atividades em 2006 e objetivando consolidar, através de pesquisas nacionais multicêntricas, a produção de referências para a atuação dos profissionais da Psicologia nas mais diversas políticas públicas, o CREPOP é hoje o principal espaço de pesquisa e discussão através do qual a categoria pode visualizar e discutir as possibilidades de sua inserção nas mais variadas políticas públicas.

Esse olhar cada vez mais abrangente para a atuação dos profissionais da Psicologia nas políticas públicas se reflete também no esforço que o Conselho Federal de Psicologia vem fazendo nos últimos anos no sentido de trazer a Psicologia para mais perto dos anseios e da realidade da exclusão social que persiste em nosso país. Exemplos claros desse esforço foram a aprovação das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia (BRASIL, 2004) e o debate e a aprovação do novo Código de Ética Profissional do Psicólogo, aprovado em 2005 (CFP, 2005).

O que as organizações de classe e as entidades científicas da Psicologia pelo Brasil têm percebido é que, de fato, houve um grande aumento da inserção dos psicólogos na área das políticas públicas (DIMENSTEIN, 2010). Na política específica que aqui nos interessa discutir - o NASF - é importante considerar que a inserção de profissionais da Psicologia é muito recente (tem início no ano de 2008) e exige ainda uma série de reflexões e investigações, além das que já foram realizadas (AZEVEDO; TATMATSU, 2011; DIMENSTEIN, 2011; JIMENEZ, 2011; SILVA, 2012).

De toda forma, é importante deixar claro qual o significado de *política pública* que estou adotando, já que é um conceito bastante utilizado nesta tese. A definição mais conhecida e difundida indica que a política pública é uma “intervenção do Estado no ordenamento da sociedade, por meio de ações jurídicas, sociais e administrativas” (RODRIGUES, 2010, p. 19). Todavia, de acordo com Secchi (2010), qualquer definição de política pública é arbitrária e não há na literatura especializada um consenso sobre a mesma. Esta definição exposta indica uma abordagem estatista do conceito, destacando que os atores estatais (ou o “Estado” enquanto máquina pública de exercício do poder em determinada sociedade) detêm o

monopólio das ações das políticas públicas. Assim, nessa abordagem, o que determina se uma política é ou não “pública” é a personalidade jurídica do ator protagonista, no caso, o Estado.

Outra abordagem, a multicêntrica, considera as organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, junto com os atores estatais, como protagonistas das políticas públicas (SECCHI, 2010). Os proponentes desta abordagem atribuem o adjetivo “pública” a uma política quando o problema que se pretende enfrentar é público, e não considera se quem toma a decisão de realizá-la é uma personalidade jurídica estatal ou não estatal. É claro que na atualidade o Estado moderno é o principal protagonista em elaborar, definir, executar e avaliar as políticas públicas. Segundo Secchi:

A centralidade atual do Estado no estabelecimento de políticas públicas é consequência de alguns fatores: 1) a elaboração de políticas públicas é uma das razões centrais da existência do Estado moderno; 2) o Estado detém o monopólio do uso da força legítima e isso lhe dá uma superioridade objetiva com relação a outros atores; 3) o Estado moderno controla grande parte dos recursos nacionais e, por isso, consegue elaborar políticas robustas temporal e espacialmente (SECCHI, 2010, p.4).

Dessa forma, as políticas elaboradas especialmente pelos entes estatais são denominadas de *políticas governamentais*, sendo este o maior e mais importante subgrupo das políticas públicas. Essas também recebem mais atenção na literatura especializada. Posiciono-me como adepto da abordagem multicêntrica das políticas públicas, entretanto, entendo que o termo *política pública* é o mais genericamente utilizado em nossa sociedade, principalmente na legislação brasileira e nos textos e discussões no âmbito da Psicologia. Desta forma, utilizarei aqui o termo políticas públicas, principalmente ao me referir às políticas governamentais (como o NASF, por exemplo), mas entendendo que existem outros protagonistas que também propõem ações para resolver problemas públicos. Também farei uso do termo *políticas* como uma abreviação de políticas públicas. Os dois termos (políticas públicas e políticas – tal como a *política* de saúde) são utilizados aqui para falar de ações elaboradas (pelo Estado/Governo e por outros atores/organizações) para enfrentar problemas públicos, organizados através de planos, projetos, programas¹⁶, etc. Englobam, assim, a totalidade das ações, metas e planos que esses atores traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público.

¹⁶ Não cabe no âmbito desta tese fazer a diferenciação de todas as formas de organização e categorias sob as quais as políticas públicas se desenvolvem. No caso que aqui nos interessa, podemos pensar na hierarquia da política pública de saúde na qual o NASF se insere. Assim, temos que a Constituição Federal de 1988 indicou os princípios e diretrizes gerais para que a configuração do sistema público de saúde no Brasil se estruturasse. Em 1990, foi promulgada a lei 8.080 que definiu o SUS e é a lei que estabelece a existência, estrutura, conceitos e pressupostos da política pública de saúde no Brasil. Mas o SUS também se estrutura em vários níveis de

Existem diversos tipos de políticas públicas tais como a econômica, a ambiental, a de ciência e tecnologia, entre outras. A Psicologia se insere principalmente nas denominadas políticas sociais, um tipo de política pública que tem como objetivo principal o enfrentamento das desigualdades sociais e as históricas questões sociais presentes em nosso país (PEREIRA, 1994). Mas as políticas sociais também se subdividem em várias categorias.

Dentre as várias modalidades de classificação desse campo, podemos dividi-las em políticas sócias setoriais, nas áreas de emprego e trabalho, assistência social e combate à pobreza; direitos sociais (saúde e educação); e infraestrutura social (habitação e saneamento). Apesar de, em sentido estrito, as políticas sociais serem uma parte do conjunto maior das políticas públicas, é frequente o uso, na literatura, dessa última expressão como sinônimo da primeira (FERREIRA NETO, 2011, p. 24).

2.2 A Psicologia brasileira nas políticas públicas de saúde

Desde a década de 1970 vêm sendo registrados alguns casos de práticas¹⁷ por parte de profissionais da Psicologia em instituições públicas de saúde¹⁸ (DIMENSTEIN, 1998; VASCONCELOS, 2004; SPINK, 2007). A entrada destes profissionais no campo das políticas de saúde guarda uma estreita relação com os rumos da Reforma Sanitária e, principalmente, da Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir de meados dos anos 1970 e no decorrer da década de 1980 (DIMENSTEIN, 2012). As críticas dos dois movimentos recaíam fortemente sobre o projeto privatista dos cuidados em saúde, com sua ênfase em práticas curativas, individuais e o objetivo central do lucro (MENDES, 1996). Além disso, ambos os movimentos propunham a ruptura com o modelo biomédico hegemônico, o redirecionamento

complexidade da atenção: atenção básica, média e alta complexidade. Para desenvolver ações na Atenção Básica (interesse desta pesquisa) foi elaborada a Política Nacional da Atenção Básica, que também se subdivide em várias “subpolíticas”, sendo a Estratégia de Saúde da Família uma delas. Dentro dessa subpolítica, está situado o dispositivo do NASF. Todos esses níveis de análise podem ser entendidos genericamente como *políticas* (política do SUS, política da Atenção Básica, política do NASF) e serão, dessa forma, assim denominados aqui.

¹⁷ Algumas experiências, por exemplo, foram desenvolvidas com profissionais da Psicologia inseridos em equipes multiprofissionais em hospitais privados e públicos ligados às escolas de saúde de São Paulo e Rio de Janeiro e realizando apoio às internações clínicas e/ou cirúrgicas em pediatria e cardiologia (DIMENSTEIN, 2012, p. 235).

¹⁸ Segundo DIMENSTEIN (1998), o número de psicólogos participantes das equipes de saúde de nível superior de todos os estabelecimentos públicos e privados no ano de 1976 era de 726 em todo o Brasil, o que correspondia a 0,52% do total de categorias pesquisadas, valor inferior ao de outras profissões ditas “de apoio” ou paramédicas, como nutricionistas e assistentes sociais. Entretanto, observa-se que em 1984 esse número de profissionais passou para 3.671, ou seja, aumentou em cinco vezes, atingindo um percentual de 1,41% de participação, superando a cifra dos nutricionistas. No ano de 1995, dados apontam a existência de 8.290 empregos de saúde em Psicologia em todo o Brasil, sendo que 4.990 são públicos, os quais estavam concentrados na região Sudeste (70,1%).

do objeto de cuidado para o sujeito e sua família inseridos no contexto sociocultural, o planejamento e execução de ações territoriais, a sensibilização e estruturação de condições que viabilizassem a participação social e a construção de tecnologias para a melhoria da qualidade de atenção em saúde (LUCHESE et. al., 2009).

A Reforma Psiquiátrica, especificamente, foi um movimento pensado e reivindicado por usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores da saúde desde a década de 1970, que redirecionou a assistência ao campo teórico-prático, que passou a ser chamado de *saúde mental*, propondo a oferta de tratamento para os portadores de sofrimento psíquico em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos destes usuários e instituindo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Foi principalmente neste campo que a entrada da Psicologia se fez de forma mais vigorosa, nos serviços públicos de saúde.

Com o surgimento dos primeiros movimentos de mudança do quadro precário de assistência psiquiátrica no País, a partir de investimentos de serviços substitutivos ao manicômio, como também com a formação e a contratação de pessoal capacitado para operar o novo modelo de assistência em saúde mental, abriu-se um vasto campo de trabalho para o psicólogo nesse contexto, que atribuía às equipes multiprofissionais um papel fundamental de transformação das velhas estruturas e como condição *sine qua non* para a concretização dos serviços extra-hospitalares tais como os centros e os ambulatórios de saúde (DIMENSTEIN, op. cit., p.12).

O profissional da Psicologia passou, a partir daí, a ser considerado um profissional da saúde capaz de contribuir com a promoção da saúde mental, já que, em tese, tem acesso a um arsenal teórico-técnico útil para ser utilizado com usuários em situações de potencial desenvolvimento de transtornos mentais (DIMENSTEIN, 2012).

Com a criação paulatina de serviços e terapêuticas alternativas ao modelo asilar de tratamento, vemos a partir dos anos 1980 uma entrada cada vez maior desses profissionais nos programas de saúde mental em todo o Brasil. Ferreira Neto (2011), porém, nos alerta sobre um fato que até os dias atuais pode ser percebido: durante muito tempo a maior parte dos psicólogos esteve trabalhando nas políticas públicas de saúde (e mais tarde no SUS) no campo da saúde mental. Isso implicou, no imaginário popular e também dos profissionais da saúde, que as contribuições da Psicologia nas políticas de saúde estariam circunscritas à saúde mental (principalmente no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS e lidando mais especificamente com a psicopatologia), negligenciando outras contribuições que a profissão pode trazer ao SUS, como a atuação na Atenção Básica, por exemplo.

A implantação do SUS foi um marco importante na consolidação das políticas de saúde como espaço importante de prática, formação e referência profissional para a categoria¹⁹ (SPINK, 2007). A literatura (FERREIRA NETO, 2011; JIMENEZ, 2011) destaca dois grandes marcos desta inserção: a estruturação da rede de atenção psicossocial que vai se consolidando a partir dos anos 1990 em diante e a entrada, a partir de 2008, dos psicólogos nos NASF.

2.3 NASF: Ampliando a inserção da Psicologia no SUS e na Atenção Básica

Em termos históricos, os psicólogos têm atuado na Atenção Básica desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às eSF's sobre como prestar cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares (DIMENSTEIN, 1998). Segundo Jimenez (2011, p.129),

O percurso da psicologia na atenção básica dos serviços públicos de saúde brasileiros tem seu marco inicial na década de 1980, onde uma conjunção de propostas e reivindicações apontava para a necessidade de mudanças importantes na abordagem dos problemas de saúde, enfatizando a contribuição da psicologia nas equipes multiprofissionais.

Dessa maneira, a partir da década de 1980, principalmente, podemos ver algumas inserções dos profissionais da Psicologia na Atenção Básica no Brasil (OLIVEIRA et. al., 2004). Com a nova visão sanitária surgida no país nos anos 1980, as Unidades Básicas de Saúde, criadas ainda na década de 1930, passaram a ter como objetivo a recuperação, promoção de saúde e prevenção de doenças, obtidas por meio do atendimento integral às pessoas (JACKSON; CAVALLARI, 1991). Objetivando esse atendimento integral e a realização de uma visão sócio-ecológica do processo saúde-doença que deveria ser transmitida à comunidade, a experiência da inserção da Psicologia nessas unidades básicas revelou-se um grande desafio, considerando as dificuldades na adequação e no modelo proposto para o trabalho, o tipo de clientela atendida e a necessidade de se pensar uma ação

¹⁹ Em pesquisa realizada no ano de 2006 pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), constatou-se que 10,08% de todos os psicólogos registrados nos conselhos regionais de Psicologia do Brasil naquele ano (14.407 profissionais) estavam trabalhando na rede de serviços de saúde do SUS, incluindo neste número a inserção em ambulatorios especializados, hospitais gerais e especializados, CAPS, hospitais psiquiátricos, programas especiais tais como AIDS/Hemoterapia, entre outros (SPINK, 2007), demonstrando claramente o aumento da presença e a força da inserção da Psicologia neste campo. Dimenstein (2012) fala em mais de 40.000 psicólogos inseridos no SUS e esse número tem subido a cada ano.

diferenciada daquelas às quais estavam acostumados os profissionais da Psicologia (OLIVEIRA *et. al.*, 2004).

A atuação dos psicólogos na Atenção Básica se dará nos anos 1980 naqueles municípios que julgavam importante a inserção destes profissionais. Todavia, sem respaldo formal em uma legislação que apontasse claramente diretrizes para as ações de saúde mental neste âmbito, veremos, apenas em 1992, no contexto que sucede à Lei Orgânica da Saúde (LOS/1990, lei que cria e regulamenta o SUS), a portaria nº. 224, que define as normas que deverão reger a atenção em saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde: Centros de Saúde, ambulatorios, hospitais, etc. (JIMENEZ, 2011).

Com a implantação em 1993 do Programa Saúde da Família (PSF), a Psicologia ficou excluída da equipe mínima de profissionais, atuando em alguns municípios diretamente na Atenção Básica (OLIVEIRA *et. al.*, 2004) ou na retaguarda do trabalho das equipes de saúde da família através de serviços substitutivos. Mas, mesmo atuando em unidades básicas de alguns municípios brasileiros após a implantação do PSF, é apenas em 2008, com a criação dos NASF, que a Psicologia terá uma presença mais significativa na Atenção Básica²⁰. Jimenez (2011) destaca que, visando a integralidade como diretriz, a proposta do NASF prevê um profissional de saúde mental em cada núcleo como condicional ao seu funcionamento devido à grande magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no Brasil.

Pensando na atuação do profissional da Psicologia no NASF, vemos que no passado e ainda em grande parte nos dias atuais, suas ações não se adequam completamente às diretrizes e princípios propugnados pelo sistema, tais como o trabalho em equipe, a promoção à saúde, a prevenção de doenças e a consideração do sujeito como singular e inserido em termos socioculturais e históricos (DIMENSTEIN, 1998; YAMAMOTO, 2003, PATTO, 2009).

Para termos uma ideia do impacto dessas concepções no cotidiano do trabalho de psicólogos, foi realizada em 1991 uma pesquisa pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo que identificou as atividades psicológicas de maior frequência nas UBS: psicoterapia de adulto, psicodiagnóstico, ludoterapia, orientação a gestantes e hipertensos, sendo a psicanálise a orientação teórica mais presente (JACKSON; CAVALLARI, 1991). Isso demonstra claramente que a formação acadêmica e o interesse de muitos desses profissionais estavam voltados para o modelo da clínica tradicional, ainda que dentro da área da saúde pública (DIMENSTEIN, 1998).

²⁰ É interessante notar que a grande produção acadêmica sobre a inserção da Psicologia na Atenção Básica vai acontecer exatamente depois da portaria 154/MS que institui os NASF no Brasil a partir de 2008.

As mudanças nos paradigmas das políticas de saúde a partir do estabelecimento do SUS colocaram em destaque propostas inovadoras (vividas e desenvolvidas nas práticas de várias categorias profissionais trabalhando no SUS) que convocam os psicólogos a repensar suas práticas de modo a atender a população brasileira. A ciência psicológica começa, assim, a ser estimulada a construir novos dispositivos capazes de atender as demandas sociais trazidas por estas novas possibilidades de inserção profissional, de modo a promover a saúde coletiva e uma melhor qualidade de vida para a população.

Esse processo teve impacto na transformação da prática profissional: o CREPOP (2010) realizou uma ampla pesquisa nacional com psicólogos trabalhando na Atenção Básica no ano de 2008. Os participantes dessa pesquisa relataram desenvolver ações que iam além do atendimento clínico individual (foco da atuação dos psicólogos na pesquisa realizada em São Paulo no ano de 1991, citada acima), buscando desenvolver novas práticas que pudessem se adequar à demanda de cada instituição. Esses profissionais da Psicologia destacaram as principais ações desenvolvidas: desmistificação da loucura, promoção da saúde e garantia do acolhimento, sendo esta apontada como a mais prevalente, já que a atuação é voltada em grande parte para o atendimento individual ou grupal, com a chamada “escuta terapêutica”. Além disso, são realizadas também atividades em sala de espera, visitas domiciliares, orientações, triagem, palestras na própria unidade ou em outros espaços comunitários, tais como escolas.

Algumas pesquisas realizadas nos últimos anos (CAMBUY, AMATUZZI, 2012; ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013; SILVA et. al., 2012) mostram que as ações dos profissionais da Psicologia nos NASF estão bastante diversificadas em relação às temáticas, às formas e aos públicos atendidos: incluem a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis. Várias práticas inovadoras, desenvolvidas principalmente por profissionais atuando a partir da perspectiva da Saúde Coletiva, são experimentadas e trazem novos “ares” para o campo da Psicologia. Entre elas podemos citar: o apoio matricial (abordado acima), a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS), atividades de articulação da rede, o uso de teorias e técnicas de modo inovador, diálogos e parcerias com as universidades, trabalho com populações específicas, ações com as famílias, trabalhos com grupos, implementação de programas e políticas públicas, plantão psicológico, atividades de prevenção e promoção de saúde, gestão dos serviços, diagnóstico psicossocial, atividades de geração de renda e de inserção social, entre várias outras possibilidades (CREPOP, 2010).

O psicólogo tem se tornado ao longo do tempo e desses vários processos um trabalhador essencial na área da saúde coletiva (DIMENSTEIN, 2011; 2012), na medida em que tem tentado promover a participação da comunidade no seu autocuidado e ainda se transformar no ponto de intersecção entre a comunidade e a equipe de Saúde da Família.

Todavia, a massificação da entrada de profissionais da Psicologia na Atenção Básica via NASF aproximou a profissão de uma realidade ainda distante do que é discutido e vivenciado em grande parte dos cursos de graduação em Psicologia no Brasil (GUARESCHI, 2010). Trabalhando em sua maior parte com uma população de baixa renda e lidando com uma série de vulnerabilidades (sociais, políticas, econômicas, emocionais, familiares, etc.), os profissionais da Psicologia se sentem confusos neste espaço.

O encontro com comunidades, em geral de baixa renda, tem contribuído para o questionamento das nossas ferramentas de trabalho, do nosso aparato teórico-técnico e da efetividade de nossa atuação em um campo que demanda intervenções interdisciplinares por meio de equipes multiprofissionais. O trabalho nesses contextos nos coloca em contato direto com pessoas expostas a um cotidiano de miséria, desproteção e violência e nos põe face a face com nossos limites. Assim, somos lançados em experiências abismais, encontramos realidades estranhas que marcam definitivamente nossa sensibilidade (DIMENSTEIN, 2011, p. 162).

Inseridos nos NASF e atuando junto a uma população de baixa renda, os profissionais da Psicologia têm de lidar muitas vezes com uma linguagem, cultura e sociabilidades que lhe são desconhecidas e/ou estranhas. Dessa forma, o profissional da Psicologia atuante no NASF se encontra em uma encruzilhada (DIMENSTEIN, 2011): atua muitas vezes a partir do modelo biomédico (que desconsidera o humano, sua subjetividade e história e só foca na patologia ou, no caso da Psicologia, na psicopatologia), na tentativa não reflexiva do enquadramento dos usuários em uma identidade e uma “saúde mental” hegemônica e reprodutora das desigualdades; em outros momentos, atua em uma perspectiva de emancipação da cidadania, configurando ações que implicam possibilidades de luta e de protagonismo para os indivíduos. Essa aparente contradição pode indicar um momento de transição dos processos de formação, em que existem elementos de uma formação descontextualizada e outro modelo que se forma e que lida com os princípios do SUS e da Saúde Coletiva (como irei abordar abaixo).

Segundo Dimenstein (2011), os psicólogos se sentem estranhos na Atenção Básica e no NASF. Estão com medo, frustrados e ressentidos por não conseguirem atuar em um espaço no qual as teorias e técnicas da Psicologia não dão conta das demandas da população e inexiste a

sensação de estabilidade e segurança. A população e os outros trabalhadores da saúde não sabem o que esperar da Psicologia além de uma atuação clínica e individual. Para muitos destes psicólogos, a segurança se daria em atuar a partir do modelo de profissional liberal, na perspectiva de uma clínica tradicional tão amplamente ensinada nos cursos de graduação em Psicologia: em cada unidade de saúde haveria um consultório montado segundo uma série de especificações técnicas (com ar condicionado, cadeiras e mesas confortáveis, isolamento acústico da melhor qualidade, entre outros aspectos) e uma lista de pessoas previamente agendadas e com seus horários marcados (CREPOP, 2010).

Além disso, muitos profissionais da Psicologia se sentem desconfortáveis não apenas com as (im)possibilidades da atuação, mas também com a realidade social com a qual lidam. E essa realidade é muitas vezes tão brutal que estes psicólogos se percebem como meros espectadores frente ao imenso sofrimento de pessoas, famílias, da comunidade como um todo. As situações mais diversas ocasionadas pelas mais diferentes formas de exclusão (pobreza, desemprego, criminalidade, violência, tráfico e uso abusivo de drogas, entre outras tantas) dão a este profissional uma extrema sensação de impotência frente ao tamanho da problemática vivenciada, chegando mesmo a questionar sua função nesta política e se está de fato dando alguma contribuição concreta a essa população (DIMENSTEIN, 2011).

Segundo Zurba (2011), a efetiva consolidação da reforma psiquiátrica brasileira implicaria a inserção de psicólogos em todas as equipes mínimas de saúde da Estratégia de Saúde da Família, para que este profissional realmente ocupe seu lugar político junto às intervenções de promoção e prevenção em saúde segundo uma ótica social e comunitária, através de uma territorialização da atenção (PNAB, 2011). Isso porque estes profissionais acabam apoiando muitas eSF por semana, impossibilitando que analisem e interpretem com profundidade os determinantes sociais e históricos de saúde nos territórios onde atuam e criem vínculos mais efetivos com a população atendida por aquela USF. Sua área de abrangência é tão ampla que muitas vezes os psicólogos se focam na atenção de casos “críticos”, fortalecendo a visão de que o fazer psicológico destina-se a atendimentos exclusivamente clínicos, de caráter ambulatorial e focados nos usuários com transtornos psíquicos severos (ZURBA, *op. cit.*).

2.4 Processos Formativos para o SUS e o desafio de uma profissão que precisa se reinventar

A Psicologia, no início de sua inserção nas políticas de saúde, não dispunha de um arcabouço teórico e de referências práticas que lhe permitisse construir uma ação comprometida com os princípios tanto da reforma sanitária (nos anos 1970 e 1980) como do SUS (a partir de 1988). Isso contribuiu para uma atuação descontextualizada, perpetuando o modelo biomédico hegemônico e colocando a Psicologia como mero coadjuvante à medicina/psiquiatria no campo da saúde e com uma atuação amplamente desconhecida e estereotipada.

Nestes momentos iniciais de inserção da Psicologia nas políticas de saúde, os psicólogos atuavam em grande parte enfocando os fenômenos da vida intrapsíquica dos usuários, sem compreendê-los a partir de suas multideterminações e complexidades, desconsiderando o contexto social, cultural, econômico e político no qual os pacientes estavam imersos (DIMENSTEIN, 1998; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Algumas das principais consequências deste enfoque intrapsíquico foram: o desenvolvimento de uma clínica tradicional e elitista como estratégia principal de trabalho (crítica mais contundente na literatura); a dificuldade em delimitar o papel específico do psicólogo nas políticas de saúde; a desconsideração das questões sociais; a incongruência entre a tradição intervencionista e adaptativa da profissão *versus* as exigências do SUS por ações multi e interprofissionais, preventivas, promotoras da saúde e comunitárias, entre outras (YAMAMOTO, 2003; VASCONCELOS, 2004; DIMENSTEIN, 2005).

Segundo Dimenstein (2006), alguns pontos podem ajudar no entendimento dessa atuação descontextualizada: em primeiro lugar, os pressupostos subjacentes à atenção produzida independentemente do local de atuação: visão de mundo, de valores, crenças, concepção de subjetividade, de saúde/doença, de normal/patológico, de neutralidade, que fundamentam o saber e a prática psicológicos; segundo, algumas marcas presentes no mundo *psi* tais como o ideário individualista, a fusão identitária com a psicanálise, a formação acadêmica descontextualizada, a concepção de sujeito/indivíduo e um modelo clínico tradicional.

Dimenstein (2006) nos explica que os fatores citados acima contribuem para uma visão autocentrada do psicólogo, que é uma forma específica de ver o mundo, de organizar o seu trabalho e de relacionar-se com a instituição pública de saúde. Neste processo, o profissional muitas vezes se torna escravo da técnica que, ao invés de ampliar suas ações, as limita. Há

também um equívoco em relação à noção de autonomia profissional e da ideia de liberdade que deve se manifestar em compromisso político, em diálogo e na construção de um espaço coletivo, e não na autonomia para realizar o trabalho que se quer ou que se pensa ser necessário para o outro.

Como a própria história da Psicologia demonstra (FERREIRA NETO, 2012), não temos ainda um lastro de experiência e de teoria suficientes no qual os psicólogos possam se referenciar para atuar neste âmbito. Esse lastro está sendo construído no momento, não só pelos profissionais que estão no campo como também a partir dos pesquisadores e entidades da Psicologia que tentam investigar esse campo de atuação profissional²¹. Nos últimos anos, tem havido uma reflexão maior sobre a necessidade de mudança a respeito do papel do psicólogo no SUS como um todo, na Atenção Básica e no NASF em específico.²²

As proposições e concepções do SUS, enquanto política pública de saúde ainda em processo de consolidação em nosso país, colocam em destaque a necessidade dos profissionais da Psicologia repensarem suas práticas de modo a atender a população brasileira no seu direito a uma saúde mental/psíquica digna. Concepção de saúde mental essa que necessita ser entendida em seu sentido mais amplo possível, não apenas como ausência de patologia, mas como conservação da vida e manutenção da sobrevivência, processo singular e subjetivo de negociação permanente de sentidos em um campo social; construção e desconstrução de normas para o enfrentamento da realidade e qualificação da vida (DIMENSTEIN, 2011, ZURBA, 2011).

Para atingir essa visão ampliada da saúde, focada nesta e não na doença, a Psicologia tem em seu horizonte o desafio de construir esses novos dispositivos teórico-práticos e/ou adaptar antigos, capazes de atender às demandas sociais trazidas por estas novas possibilidades de inserção profissional, de modo a promover a saúde coletiva. Neste contexto, a Psicologia precisa se fazer presente não só na assistência, mas também contribuir com a construção e a gestão destas políticas públicas, não esperando apenas que os governos de

²¹ É importante destacar que nos últimos anos a atuação do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP) têm sido fundamentais para que possamos entender essas práticas. Destaco aqui a pesquisa realizada em parceria entre as duas entidades no ano de 2010 intitulada *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde*, na qual as duas entidades fazem uma descrição muito interessante sobre as ações e concepções de trabalho da Psicologia que vinham sendo desenvolvidas neste âmbito.

²² Tenho participado nos últimos anos do Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, do Congresso Brasileiro: Psicologia, Ciência e Profissão e do Encontro Nacional de Psicologia Social da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e percebido o aumento surpreendente do interesse, da participação e da pesquisa/extensão na grande área das políticas públicas no geral e na área da atuação do Psicólogo no SUS e também na Atenção Básica e no NASF.

tempos em tempos elaborem determinadas políticas e convoquem os profissionais para dela participarem. Mais do que uma participação passiva, precisamos estar inseridos enquanto profissionais para, a partir de dentro, analisar suas concepções e práticas de forma crítica e também propor novas políticas e novas formas de cuidado no âmbito do SUS.

Dessa maneira, as políticas de saúde podem ser pensadas e formuladas a partir da perspectiva de que a Psicologia pode oferecer serviços especializados (ainda que exercidos de forma relacional com outras categorias profissionais) que realmente lancem um olhar sobre os aspectos subjetivos e os processos psicossociais, buscando a emancipação do sujeito, a garantia dos direitos humanos e o aperfeiçoamento do SUS.

Para que a Psicologia possa se lançar nessa empreitada, é preciso discutir e avançar na refundação das bases epistemológicas e de concepção de sujeito sob as quais se pauta. Um dos fatores que contribui de forma considerável na continuidade de determinadas concepções e posturas profissionais incompatíveis com os princípios do SUS e das políticas públicas em geral, mas que também se configura como possibilidade de ruptura, é o processo formativo dos profissionais da Psicologia (BERNARDES, 2004; GUARESCHI, 2010; AZEVEDO; TATMATSU, 2011).

Ainda hoje, grande parte dos novos profissionais da Psicologia está sendo formada para trabalhar a partir de um modelo clínico hegemônico e tradicional, com pouco ou nenhum conhecimento sobre o SUS (GUARESCHI, 2010). Assim, esses profissionais concluem sua graduação e passam a trabalhar no SUS sem um olhar sensível para os diversos determinantes no processo saúde-doença, sem comprometimento com as transformações sociais e sem conhecimento para atuar nesta política pública (AZEVEDO & TATMATSU, 2011).

É com base na constatação de que os currículos de Psicologia, de forma geral, não estão conectados à realidade do Brasil e de suas políticas públicas (notadamente as da saúde), que se começa paulatinamente um debate sobre a necessidade de uma revisão dos pressupostos e do processo em si da formação dos psicólogos. Neste novo contexto, não só teóricos têm contribuições importantes para esta discussão, mas também as entidades de Psicologia vão pensar e propor novas possibilidades formativas. Destaca-se aqui a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia de 2004²³,

²³ As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia foram atualizadas em 2011 buscando responder às demandas relativas à formação de professores de Psicologia, que não foram abordadas nas diretrizes de 2004. Todavia, as bases gerais e as inovações trazidas pelas diretrizes de 2004 foram mantidas, tais como: existência do núcleo comum, competências básicas e eixos estruturantes, instituição de Estágios Básicos, proposição de Ênfases Curriculares, entre outros. Essas duas diretrizes foram debatidas no seio da categoria e das entidades profissionais, em articulação com o Ministério da Educação do Brasil e Ministério da

ampliadas pela inclusão da licenciatura em Psicologia nas novas diretrizes propostas em 2011 (BRASIL, 2004; 2011), que vão propor a reorientação dos currículos no sentido de uma atuação comprometida e voltada para as políticas públicas em geral e também para o SUS (GUARESCHI, 2010). Entre outros tantos avanços, inclusive consubstanciados no atual Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005), as diretrizes abordam em seu Artigo 4º:

A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I - Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.

Dessa maneira, a proposta de formação implantada nas novas diretrizes curriculares está alinhada com as premissas do SUS e contempla um novo tipo de profissional da Psicologia. Elas corroboram a formação de um profissional que não se fundamenta apenas no estabelecimento de padrões de comportamento descritivos e que estabelecem o que é normal ou patológico. Propõem também que o profissional não se pautar apenas em disciplinar as condutas a partir do que considera como “certo” ou “errado”, mas sim um psicólogo que respeite a alteridade, a diferença, que compreenda as condições de produção de subjetividades em seus contextos sociais e históricos (GUARESCHI, 2010).

Para a Psicologia se aproximar do SUS e de sua Atenção Básica (aqui incluído o NASF), é preciso ultrapassar fronteiras de uma identidade profissional arraigada em sua história (BERNARDES, 2006), na qual o profissional possa estar integrado com as equipes de saúde, com um posicionamento e um comprometimento ético-político que cuide do indivíduo de forma integral e que vá além das suas próprias diferenças de classe social e cultura com os usuários atendidos.

É claro que pensar mudanças no processo formativo não significa apenas debater e mudar as matrizes curriculares dos cursos de graduação, até porque muitas vezes se muda a estrutura, porém não se muda a essência da discussão. Além da inclusão ou da retirada de disciplinas que possam discutir determinadas temáticas, é importante fomentar nos cursos de Psicologia uma abordagem transversal que discuta as Políticas Públicas e o SUS. Além disso, é importante considerar que o processo formativo na Psicologia não se esgota na graduação.

Após seu término, os profissionais normalmente continuam sua formação com outros cursos, formações, especializações, entre outras, que podem também influenciar em uma postura diferenciada do profissional da Psicologia no âmbito do SUS.

3 DIÁLOGOS E INTERFACES DA PSICOLOGIA SOCIAL COM O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

3.1 O *campo* da Saúde Coletiva

Como vimos, o SUS tem sido um espaço bastante privilegiado de inserção dos profissionais da Psicologia, onde existem na atualidade mais de 40 mil profissionais vinculados (DIMENSTEIN, 2012). Esse quantitativo cresce a cada ano, principalmente com a criação dos NASF a partir de 2008. A Psicologia é hoje reconhecidamente uma das profissões da saúde e o SUS é o maior contratante de sua força de trabalho (FERREIRA-NETO, 2011).

Essa inserção crescente no âmbito do Sistema Único de Saúde fez com que a Psicologia brasileira fosse aos poucos repensando a formação de seus profissionais, suas práticas e concepções na área da saúde, tentando se adaptar a uma realidade na qual não se sentia completamente à vontade. Como forma de fazer com que suas práticas levem em conta as multideterminações dos usuários e das realidades nas quais o SUS atua, a Psicologia vem ao longo do tempo criando laços e diálogos com saberes das mais diversas áreas. Buscam-se, assim, maneiras de desenvolver uma prática multi e interprofissional onde não seja desconsiderada a “especificidade” da Psicologia (se é que ela existe e qual seja a mesma...).

Uma das áreas com a qual a Psicologia vem nos últimos anos criando diálogos e estabelecendo interfaces é a *Saúde Coletiva*. Esta surge devido à necessidade de construção de um campo teórico-conceitual em saúde frente ao esgotamento do modelo científico biologicista desenvolvido principalmente no âmbito da perspectiva da Saúde Pública²⁴ (LIMA; SANTANA, 2006). A Saúde Pública, que se formata no século XVIII, marcou o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades (BIRMAN, 2005). Seus preceitos principais indicam o esquadrinhamento do espaço urbano, a adoção de medidas sanitárias para combater as epidemias e endemias, tendo tomado um grande impulso nas descobertas de Louis Pasteur, no século XIX. Suas principais bases fundadoras se encontram na Biologia e na Epidemiologia, constituindo-se em um “universalismo naturalista do saber médico” (BIRMAN, 2005, p. 12).

²⁴ Na realidade a crítica não se ateve apenas aos paradigmas da Saúde Pública, mas também aos vários e sucessivos movimentos de reforma em saúde, originados tanto na Europa como nos Estados Unidos, tais como a *Medicina Preventiva*, *Medicina Comunitária*, *Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde*. Todavia, pela amplitude e capilaridade que este paradigma obteve no âmbito do setor saúde, nos seus serviços, políticas e também na academia, a maioria das críticas se direciona às concepções da Saúde Pública (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A Saúde Pública vai se institucionalizar no decorrer do tempo por meio de agências governamentais voltadas para o controle de doenças transmissíveis e, na passagem do século XX, multiplica suas concepções por intermédio de escolas de saúde pública e de organismos internacionais vinculados principalmente aos interesses norte-americanos (LIMA; SANTANA, 2006). Essa institucionalização vai caminhar junto com o Capitalismo e se inserir nas relações internacionais com objetivos econômicos e político-ideológicos.

As marcas desse sanitarismo vão moldar as estruturas do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde no Brasil, onde o campanhismo, o autoritarismo e a dominância dos programas especiais voltados para a população economicamente desfavorecida (focalização das políticas de saúde) são algumas de suas características, com forte viés neoliberal a partir dos anos 1980. A crítica paulatina à Saúde Pública e a outros movimentos de reforma da saúde vai delinear progressivamente o objeto de investigação e de práticas em Saúde Coletiva.

As origens do movimento de constituição deste campo remontam ao trabalho teórico e político empreendido por docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina, e do Brasil em particular. A Saúde Coletiva que vai ser desenvolvida no Brasil se inspira nas lutas sociais da França e da Alemanha no século XIX, onde nasce a Medicina Social (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Essas lutas propunham uma ampla reforma social relacionando a saúde às condições de vida e às formas de organização da sociedade, além de privilegiar a ação política. A saúde era entendida como um direito social, cabendo ao Estado o dever de garanti-lo. Décadas depois, esse direito foi reconhecido pelos países que optaram pelo socialismo ou pela social-democracia no contexto do *Welfare State*²⁵.

No Brasil, a maioria dos fundadores da Saúde Coletiva teve forte atuação tanto no processo de redemocratização do país como na Reforma Sanitária Brasileira (RSB), principalmente a partir da década de 1970, tendo sido influenciados também pela Medicina Social Latino-Americana que vinha se desenvolvendo desde a década de 1960 (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014). Os muitos professores, pesquisadores e estudantes se juntaram a vários movimentos populares e sindicais nesse período, contestando os paradigmas de saúde existentes na América Latina e buscando uma forma de superar a crise no campo da saúde.

Podemos entender a *Saúde Coletiva* como um campo de produção de saberes e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público e político. Além disso, ela é:

²⁵ Estado de Bem-Estar Social.

[...] um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da *saúde* e a explicação de seus *determinantes sociais*, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua *promoção*, além de voltadas para a *prevenção* e o *cuidado* a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos, mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto a *coletividade* (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 03, grifos dos autores).

Dessa forma, a Saúde Coletiva pode ser entendida como uma área, um *campo*²⁶, onde se busca entender a saúde-doença como um processo que está necessariamente relacionado com a estrutura da sociedade, no qual o exercício das ações em saúde é entendido como uma ação eminentemente social que está permeada por uma prática técnica que também é social, e que sofre interferências das questões econômicas, políticas e ideológicas (PAIM, 2006).

A Saúde Coletiva lida com uma multiplicidade de questões²⁷ que atravessam as ciências naturais e sociais, implicando, assim, a necessidade de construção do *social* como objeto de análise e campo de investigação. A diversidade desse social implica diversos interesses, posições (inclusive políticas) e projetos que significam engajamento e ativismo por parte daqueles que a abraçam como campo de investigação, trabalho e olhar sobre a realidade social e da saúde.

Para que esse olhar sobre a saúde seja ampliado, a Saúde Coletiva lança mão de investigações históricas, sociológicas, antropológicas e epistemológicas sobre a produção de conhecimentos neste campo e sobre as relações entre o saber científico e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral. É um espaço multiprofissional (que agrega uma multiplicidade de profissões das mais diversas áreas) e também interdisciplinar (exigindo a integração de saberes de diferentes disciplinas) (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Paim e Almeida-Filho (1998) entendem a Saúde Coletiva como campo científico e campo de práticas. Enquanto campo científico, operam-se saberes e conhecimentos sobre o objeto “saúde” a partir do olhar de distintas e diversas disciplinas que a analisam sob variados

²⁶ *Campo* aqui tem o mesmo significado do entendimento de Campos (2000): um espaço de interseção entre os saberes, uma sobreposição dos limites entre cada especialidade/profissão e cada prática, e onde os profissionais atuam numa tentativa de ultrapassar os limites profissionais.

²⁷ Algumas das questões com as quais a Saúde Coletiva se depara: o estado de saúde da população, isto é, condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, socioeconômico e cultural; os serviços de saúde, abrangendo o estudo dos processos de trabalho em saúde, investigações sobre a organização social dos serviços e a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como a avaliação de planos, programas e tecnologia utilizada na atenção à saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

ângulos. Está, assim, aberta a contribuições multidisciplinares que envolvem as Ciências Sociais em geral (Antropologia, Economia, Sociologia, História e Ciências Políticas) e também a Psicologia, principalmente a Psicologia Social.

Como campo de práticas, realizam-se ações em diferentes organizações e instituições por agentes (especializados ou não), dentro e fora do que se conhece como “setor saúde”. Aqui, a Saúde Coletiva propõe novos modos de organização dos processos de trabalho em saúde com o foco na promoção da saúde, na prevenção de riscos e agravos, na reorientação da assistência e na melhoria da qualidade de vida dos usuários e da população em geral.

3.2 A Psicologia Social em diálogo com a Saúde Coletiva

Tanto como campo científico como enquanto campo de práticas, a Psicologia Social tem estabelecido uma série de interfaces nos últimos anos com a Saúde Coletiva (SPINK, 2007; DIMENSTEIN, 2011; ZURBA, 2011; PAIVA, 2012, entre outros). Como campo de conhecimento, a Saúde Coletiva pode estabelecer um diálogo profícuo com a Psicologia Social no tocante à análise das dimensões relacionadas com a compreensão das práticas de saúde, na forma como a população identifica, explica e dá solução às suas necessidades em saúde (SPINK, 2005). Sobre o campo de práticas, a Psicologia Social tem realizado uma série de intercâmbios com este campo, onde busca entender, entre outras possibilidades, como as ações dos psicólogos têm contribuído para o desenvolvimento de novos conceitos, abordagens e “tecnologias” no cuidado à saúde à luz das descobertas da Saúde Coletiva (DIMENSTEIN, 2011).

A pesquisa desenvolvida nesta tese focou suas análises na inserção da Psicologia nos NASF, um dispositivo muitas vezes compreendido como estando, *a priori*, atuando dentro do *campo* da Saúde Coletiva. Todavia, o fato de estar inserido em uma política pública de saúde não implica que um profissional esteja necessariamente atuando com base nas premissas e reflexões desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva (DIMENSTEIN, 2001). A partir de minha experiência, vejo que muitos profissionais da saúde inseridos na Atenção Básica do SUS afirmam atuar *na* Saúde Coletiva, como se a simples inserção na AB garantisse uma prática e um olhar diferenciados em relação aos fenômenos que envolvem a saúde. Desse modo, mais do que *estar* em uma determinada política, atuar na Saúde Coletiva implica transitar em um campo de produção de conhecimentos e práticas com um *olhar* que entende saúde como influenciada pela maneira como está estruturada a sociedade e como os processos de exclusão interferem no desenvolvimento de patologias as mais diversas. Além disso, o

campo da Saúde Coletiva objetiva atuar com o foco na coletividade (indo além de um atendimento individual ou até mesmo grupal), direcionando suas ações para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças.

Para que o Psicólogo atue no NASF pautado nesse *campo*, ele terá que entender que suas ações em saúde sofrem impacto e também interferem nas questões econômicas, políticas e ideológicas nas comunidades na qual atua e na sociedade como um todo. E é aqui que as premissas da Saúde Coletiva podem fazer toda a diferença em sua atuação: na ampliação de seu olhar para a saúde, direcionando sua atenção para modos de agir eminentemente coletivos. Os próprios conceitos que embasam o dispositivo do NASF indicam práticas e arranjos institucionais que foram desenvolvidos no campo da Saúde Coletiva (a noção de *campo* e *núcleo*, o *apoio matricial*, as *equipes de referência*, entre outros). Dessa maneira, mesmo que estes psicólogos não consigam atuar através desse *olhar*, os conceitos que embasam a concepção do NASF podem servir de inspiração para uma mudança de posturas e práticas.

Observo que muitos profissionais que atuam na Atenção Básica e no NASF ou já têm esse olhar desenvolvido ou estão em processo de abertura²⁸. Entretanto, nesse *locus* de atuação, ainda existe o predomínio de um modelo de atenção biomédica, que se pauta na verticalização da assistência e da técnica em detrimento das relações intersubjetivas, principalmente entre profissionais de saúde e usuários. Vemos assim a ênfase nas tecnologias *duras* (MERHY; FRANCO, 2003) que se organizam em instrumentos de produção de cuidados materiais e a partir de uma intervenção assimétrica de poder. As tecnologias ditas *leves*, que se focam nos aspectos relacionais e privilegiam o encontro entre trabalhadores e usuários nos planos individuais e coletivos, acabam muitas vezes ficando em segundo plano nesse âmbito. É exatamente na possibilidade de desenvolver tecnologias leves que possam quebrar a “dureza” da assistência fria do saber biomédico que a Psicologia está tentando atuar e pode ajudar a desenvolver, com seus saberes, novas “tecnologias” assistenciais que privilegiem a subjetividade no encontro com outras subjetividades.

Para que isso aconteça, os profissionais da Psicologia necessitam ultrapassar o “empréstimo” de saberes desenvolvidos no âmbito de uma clínica privada e individual, recontextualizando seus cuidados em saúde. Novas formas de ação coletiva (que já se desenvolvem e poderão ainda ser desenvolvidas) têm a capacidade de romper posturas profissionais que se focam no tratamento, na cura e no controle, incluindo intervenções que

²⁸ Isso inclusive foi algo observado no decorrer da pesquisa que embasa esta tese, como irei demonstrar mais à frente.

propiciem o acolhimento ampliado, a promoção e prevenção. Entendo, assim, que ressignificar a noção de *cuidado* em saúde desenvolvido pela Psicologia no âmbito do SUS é hoje um dos grandes desafios para uma reavaliação das práticas profissionais da Psicologia, servindo também como subsídio para o desenvolvimento de novas formas de intervenção mais harmonizadas com os ideais do SUS.

Sobre este aspecto, Dimenstein (2001; 2011) tem buscado problematizar a inserção da Psicologia na Atenção Básica, analisando o cuidado ofertado pelos profissionais da Psicologia. Dialogando com o campo da Saúde Coletiva, Dimenstein entende que o cuidado desenvolvido por psicólogos no âmbito do SUS precisa considerar as dimensões tanto macro (recursos variados, infraestrutura, entre outros) como micropolíticas (onde estão implicados os afetos, as relações, a subjetividade, etc.). Isso se aplica fortemente na Atenção Básica já que, com sua grande capilaridade de inserção social, atua principalmente em territórios onde a exclusão social se faz mais presente.

Quando a literatura e a legislação falam de um cuidado prestado pela Psicologia no SUS, é comum utilizarem o termo *psicossocial* para se referir a esse cuidado. Paiva (2013) analisa que, quando da gestação e desenvolvimento da Reforma Sanitária, grande parte dos esforços e da teorização dedicou-se à reforma psiquiátrica e ao desenvolvimento de novos tipos de intervenção direcionados ao sofrimento mental. Nesse momento e nos serviços que foram surgindo até os dias atuais, tem-se falado constantemente no SUS de um modo *psicossocial* de cuidado com o sofrimento mental. Os Centros de Apoio Psicossocial são o grande exemplo dessa tendência. Paiva (2012b) nos mostra que em grande parte da legislação brasileira na década passada (de 2000 a 2010), o termo psicossocial esteve constantemente descrito como um novo paradigma no campo do cuidado em saúde mental.

Como se pode observar, esse modo de definir a atenção psicossocial tem a marca dos direitos humanos: está comprometida com a proteção e a promoção do direito, à não discriminação das pessoas em sofrimento mental, com o seu direito ao trabalho, à moradia digna e à convivência familiar, entre outros, além do direito ao cuidado integral com qualidade (PAIVA, 2012b, p. 48).

Através de uma análise minuciosa dos vários discursos (PAIVA, 2013), tanto acadêmicos como daqueles profissionais que referem atuar no campo da Saúde Coletiva, foi possível observar que este termo parece indicar largos princípios para a ação, não estando nitidamente delimitado. Todavia, muitas das concepções encontradas pela autora sobre o

significado do *psicossocial* parecem indicar a busca pelo princípio da integralidade²⁹, privilegiando um cuidado e uma clínica ampliados, além da consideração das condições de vida da população. Dessa forma, vemos que o termo pressupõe um cuidado pautado na lógica dos direitos humanos, servindo como parâmetro para a prática profissional dos psicólogos inseridos no SUS.

O Cuidado (em maiúsculo como nos propõe Paiva, 2012b) psicossocial, entendido no quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (VD&H) proposto por Paiva e colaboradores (2013), tenta lançar uma luz ampliada sobre o significado dessa dimensão, o que pode nos ajudar a entender a amplitude das intervenções de profissionais da Psicologia no NASF.

A dimensão psicossocial do cuidado concebida nessa vertente do campo construcionista, portanto, está implicada em uma noção de pessoa com autonomia, liberdade e dignidade a serem respeitadas. Dessa forma, todas as pessoas são reconhecidas como sujeitos de direito e tal concepção deve ser incorporada a processos de trabalho. O exercício pleno de direitos, entretanto, será sempre contextual, dependerá de cada interação interpessoal nesses processos de trabalho, de cada cenário histórico e institucional; os usuários dependerão de profissionais que, no exercício de um programa público, se coloquem como agentes de uma política social governamental e como corresponsáveis por sua proteção e efetivação (PAIVA, 2012b, p. 52).

O NASF, enquanto dispositivo que objetiva ofertar um cuidado amplo para a população, atua principalmente na articulação com outras categorias profissionais. Isso exige dos profissionais uma dinâmica criativa no desenvolvimento de novas estratégias interventivas. Para desenvolver essa ação articulada interprofissionalmente, a Psicologia (assim como os outros profissionais de saúde) precisa ir além de sua especificidade técnica e teórica e focar de fato o usuário, sua família, sua comunidade. Dessa forma, o profissional da Psicologia precisa, atuando no *campo* da Saúde Coletiva, ir além dos limites de seu *núcleo* específico de saberes e dialogar com propostas de intervenção que se propõem interdisciplinares ou mesmo transdisciplinares, tais como: o apoio institucional, o apoio matricial, a educação permanente, o projeto terapêutico singular e o diálogo com os movimentos sociais.

²⁹ A integralidade enquanto um dos princípios fundantes do SUS pressupõe um acesso articulado e continuado envolvendo ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema e a partir de diferentes abordagens disciplinares, setoriais e profissionais (PAIVA, 2012a; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Outro aspecto relevante do cuidado prestado por psicólogos no NASF é que, ao lidar com famílias e usuários na sua vida cotidiana, este profissional interage de maneira muito próxima com os mesmos. Isso faz com que os psicólogos tenham acesso direto às experiências cotidianas e aos sentidos atribuídos aos programas e serviços de saúde (SPINK, 2012). Ter acesso a estes sentidos pode fazer toda a diferença para se repensar os cuidados dispensados a estes usuários e comunidades, mas também em como contribuir para a reorganização dos serviços de saúde. Paiva (2013) reforça essa ideia, indicando que o cuidado psicossocial no âmbito do SUS deve considerar as trajetórias de socialização da pessoa ao longo da vida e de que maneiras a Psicologia Social pode contribuir para que esse usuário seja realmente um sujeito de direitos, se transformando em um protagonista em suas interações com os serviços de saúde.

As análises aqui discutidas sobre algumas relações possíveis entre a Psicologia Social e a Saúde Coletiva partem de posicionamentos que ressaltam o compromisso ético-político da Psicologia com a promoção da equidade e da justiça social, objetivando diminuir a desigualdade social via setor Saúde. Entendo que tais perspectivas trazem reflexões pertinentes e interessantes para que possamos repensar a prática e o impacto das ações de profissionais da Psicologia inseridos no NASF e no SUS como um todo.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo objetiva descrever o percurso metodológico adotado na pesquisa aqui desenvolvida. Esta se configurou a partir de uma abordagem qualitativa, na medida em que buscou compreender os significados envolvidos na inserção de profissionais da Psicologia em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para alcançar tal objetivo, lancei mão principalmente de duas estratégias na busca de informações - a entrevista e a etnografia - analisando a forma e o impacto de sua utilização na pesquisa. Utilizei ainda a hermenêutica enquanto postura assumida na interação intersubjetiva com os pesquisados e na interpretação das informações colhidas em campo.

Além da utilização dessas estratégias, realizei uma descrição da estrutura e funcionamento dos serviços de saúde no município investigado. Para tal, realizei uma busca de informações com gestores da saúde municipal, nos documentos oficiais, através de pesquisas realizadas sobre a RAS municipal e na legislação do município. O início de minha entrada em campo aconteceu apenas a partir da aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa designado para avaliá-lo. Desde o início da pesquisa, segui as recomendações e princípios contidos na Resolução N° 466 (BRASIL, 2012c), que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Destaco também que a SMS do município em questão prestou todo apoio necessário à realização desta pesquisa, o que facilitou em muito sua realização.

4.1 O campo investigado: caracterizando a estrutura de serviços de saúde do município investigado

Esta pesquisa foi realizada em um município grande de nível médio metropolitano (nomenclatura adotada pelo IBGE, 2014), localizado no interior do nordeste do Brasil. Para compor as informações aqui expostas, coletei dados na Secretaria Municipal de Saúde/SMS (através de conversas informais com gestores da Saúde e com base em documentos oficiais do município), no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ligado ao Ministério da Saúde do Brasil/MS, através de pesquisas realizadas no município³⁰ e a partir de minhas próprias observações em campo.

³⁰ As referências destas pesquisas não serão aqui apresentadas, já que optei por não expor diretamente o município e, conseqüentemente, os trabalhadores participantes da mesma. Esta decisão me trouxe maior liberdade para relatar e debater alguns dados que teriam o potencial de constranger os seus participantes.

A história da implantação, não só da Atenção Básica, mas do SUS como um todo neste município tem de ser analisada a partir de uma perspectiva local e regional, mas também devemos considerar o processo de democratização e descentralização da gestão da Saúde Pública no Brasil. Como já discutido anteriormente nessa Tese, o movimento sanitário que se articula a partir da década de 1970 reivindica a reforma sanitária no Brasil, sustentado tanto por uma base conceitual, como por uma produção teórico-crítica (PAIM, 1997). A luta pela implantação do SUS se consubstancia não só na melhoria e democratização dos serviços, mas pressupõe também uma gestão mais capilarizada e que atenda as demandas de cada região e de cada município no Brasil.

Como resposta a um já desgastado modelo corporativista e centralizador do governo federal, a diretriz organizativa da descentralização da responsabilidade, dos recursos financeiros e do poder aos municípios, implantado com o SUS (BRASIL, 1990), veio para tentar desconstruir essa longa tradição no Estado brasileiro, ultrapassando um sistema múltiplo e centralizado para um sistema de saúde único e descentralizado (ANDRADE & BARRETO, 2007). Ocorreu, então, um movimento paulatino e complexo de descentralização administrativa a partir da lei 8.080 (BRASIL, 1990) na busca de uma municipalização do SUS, com algumas atribuições sendo delegadas aos estados federativos. A implantação do Programa de Saúde da Família/PSF concebido pelo MS em 1994 é um desses intensos processos de descentralização de serviços e programas para os municípios no Brasil.

Em termos administrativos, para implantar o PSF é necessária, em primeiro lugar, a decisão política da administração municipal (principalmente do prefeito do município e do/a secretário/a de saúde). Depois dessa decisão (BRASIL, 2001), deverá haver uma articulação de todos os sujeitos envolvidos com os serviços de saúde (tais como gestores de saúde, trabalhadores da saúde, usuários, representantes das instituições formadoras de recursos humanos, entre outros) no sentido de efetivar o processo de construção e implantação da política. Além disso, a proposta de implantação deverá ser encaminhada pela administração municipal para o Conselho Municipal de Saúde/CMS para ser votada e ter sua aprovação formal, devendo também este conselho exercer o controle social da implantação e implementação do programa, considerando a realidade e as demandas locais.

Ao contextualizar aqui o processo legal e articulador da implantação do PSF, estou refletindo sobre o processo de democratização do espaço político, onde grupos de interesses variados defendem suas prioridades. Levo em consideração também o movimento de descentralização que estava em curso no Brasil, principalmente no decorrer dos anos 1990.

No ano de 1992, teve início o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município, após seleção pública e admissão de 286 Agentes Comunitários de Saúde/ACS, para serem acompanhados por 10 supervisoras, obedecendo às normas e diretrizes gerais do MS. O Programa de Saúde da Família, apesar de ser concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, só foi implantado no município no ano 2000, como um projeto piloto em duas unidades de saúde localizadas em bairros periféricos, correspondendo, na época, a menos de 2% de cobertura da população.

No ano da implantação do PSF neste município, podemos depreender, a partir da visão de gestores municipais daquela época³¹, um momento difícil, em que os gestores proponentes não tinham experiência com a implantação de tal política. Assim, o PSF foi implantado como que de “improviso”, principalmente levando em consideração a ocorrência do processo eleitoral no município e que, para atender demandas político-partidárias do gestor que teve seu grupo político derrotado na eleição daquele ano, se preferiu montar uma equipe de implantação não baseada em critérios técnicos, mas atendendo uma demanda desse grupo político, reforçando o paradigma do clientelismo e da focalização das políticas sociais.

No que tange à gestão, destaca-se a vulnerabilidade do sistema às mudanças de governos, gestores e partidos, o que produz descontinuidades administrativas em razão da alta rotatividade das equipes, “engessamento” burocrático e por vezes intercorrências desastrosas, em função das ideologias e estilos de dirigentes despreparados ou “mal-intencionados”, em função de compromissos político-partidários ou simplesmente interesses particulares. Uma gestão fatiada por partidos e refém do clientelismo e do fisiologismo, cuja moeda de troca tem sido o preenchimento dos cargos de confiança por afilhados, não é compatível com o mérito, a eficiência, o profissionalismo e a competência técnica (PAIM, 2011).

Além dos critérios técnico-científicos não terem sido considerados como prioritários, os trâmites de articulação com os trabalhadores, usuários e com o Conselho Municipal de Saúde (base do Controle Social do SUS) acabou também sendo acelerado e atropelado, com vias a uma implantação em tempo recorde e para que também constasse, nos anais da História, que determinado gestor municipal iniciou o PSF no município, a “menina dos olhos” do SUS. Este foi, então, considerado inovador e visionário. Esse tipo de critério de implantação de programas ou políticas nos mais diversos setores das políticas públicas se perpetua até os dias atuais no município em questão, assim como também em outros municípios da região e do país (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

³¹ Essa visão foi encontrada em algumas pesquisas realizadas no município aqui analisado. Essas referências, todavia, não serão aqui disponibilizadas pelo motivo acima descrito.

A prática acaba se refletindo na organização dos serviços de saúde, na qual os interesses políticos são prioritários em relação às mais diversas demandas da população: o fundamental é o quantitativo e o visível para a sociedade, desconsiderando a qualidade dos serviços, assim como uma implantação e aprofundamento dos princípios fundantes do SUS.

Trago aqui esses dados para mostrar como a Estratégia de Saúde da Família/ESF (antigo PSF) é ainda um processo bastante recente e fragilizado no município e como não podemos dissociar sua concepção e desenvolvimento das forças e ideologias políticas que a geraram e que a continuam mantendo.

A rede municipal de serviços de saúde vem, ao longo do tempo, se ampliando e totaliza na atualidade³² 177 Unidades de Saúde, das quais 124 são municipais, 03 estaduais, 02 filantrópicas e 48 privadas. No que diz respeito à rede de serviços de saúde da Atenção Básica, essa é composta por 90 equipes de Saúde da Família (distribuídas entre a zona urbana e rural), atuando em 84 Unidades de Saúde da Família/USF. Além disso, existem 2 unidades satélites que servem de apoio às unidades de saúde rurais, 1 posto de saúde tradicional, 15 unidades básicas de saúde, 37 Equipes de Saúde Bucal e 31 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde/EACS. O município conta atualmente com um total de 985 Agentes Comunitários de Saúde (atuantes nas eSF e também como EACS). Com esta composição atual, a SMS alega que a Atenção Básica municipal tem uma cobertura de atendimento para 61,34% da população.

No tocante à composição da Rede de Atenção à Saúde/RAS³³ do município, a SMS vem priorizando o fortalecimento quantitativo da Atenção Básica, ampliando gradativamente os investimentos no SUS municipal, logicamente, a partir de forte parceria com o Ministério da Saúde, que coloca a Atenção Básica também como prioridade dos investimentos na saúde pública brasileira (BRASIL, 2011). Para alcançar esse objetivo, a gestão municipal tem analisado a situação de saúde da população e monitorado as intervenções e o impacto dessas através de indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, entre outros.

A Atenção Básica em Saúde do município não está organizada em distritos de saúde, estando dividida principalmente em eSF e EACS. As eSF possuem uma área delimitada de atuação e cada área é composta por uma determinada quantidade de microáreas. A microárea é o local onde o agente comunitário realiza suas atividades. A eSF trabalha então, com a área

³² Dados referentes a 2014.

³³ Farei, no decorrer desta Tese, algumas considerações a respeito da existência de uma RAS no município.

de abrangência de forma geral e considera as especificidades das microáreas na qual os ACS desenvolvem suas atividades.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS também trabalha na lógica das microáreas, onde os agentes comunitários desenvolvem suas atividades. As unidades que dão o suporte para essas equipes PACS são as Unidades Básicas de Saúde/UBS tradicionais. A equipe de PACS é constituída por uma enfermeira, que é responsável por aquela equipe, e pelos agentes comunitários participantes. Na UBS existe o atendimento do enfermeiro, mas também de médicos de algumas especialidades: clínica geral, pediatria e ginecologia. Nestas unidades de saúde a população atendida é maior do que a população atendida em uma USF, dado que existem várias equipes PACS ali vinculadas. Todavia, a SMS tem a intenção de transformar todas as equipes PACS em equipes de Saúde da Família.

A Atenção Básica no município se organiza hierarquicamente em uma coordenação geral e duas coordenações específicas: a coordenação da Estratégia de Saúde da Família e das equipes de PACS. O NASF está ligado à coordenação da ESF, na qual existem duas referências técnicas para o NASF: enfermeiras que dão o suporte técnico-operacional e que coordenam e acompanham as ações desenvolvidas pelas equipes NASF do município.

O NASF foi pensado no município enquanto projeto no ano de 2008, mas, por motivo de mudança da administração municipal (decorrente de ano eleitoral), passou a ser efetivamente executado em abril de 2009, inicialmente com 8 equipes. No ano de 2014, passou a contar com 17 equipes compostas, desde o seu surgimento, por 7 categorias profissionais: terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais e fisioterapeutas. Essas categorias profissionais foram definidas através de uma análise realizada por gestores de diversos setores (saúde, educação, assistência social), trabalhadores da saúde e lideranças comunitárias, levando em consideração os diversos perfis epidemiológicos, socioambientais e culturais das USF e das comunidades nas quais os NASF estariam atuando, como é prerrogativa da administração municipal (BRASIL, 2008).

Até setembro de 2013, as equipes NASF apoiavam até 13 eSF no município, variando entre 9 e 13 eSF apoiadas. A partir desta data, convencionou-se no âmbito da SMS que toda equipe NASF apoiaria apenas 5 eSF, utilizando como parâmetro a portaria MS 3124/12 (BRASIL, 2012), a qual estabelece que as equipes da categoria NASF 1 (única categoria NASF existente no município) deveriam apoiar entre 5 a 9 eSF. Essa convenção numérica, segundo dados colhidos na SMS, objetivou ofertar um serviço de melhor qualidade para a população. É preciso deixar claro que os profissionais do NASF apoiam as equipes de Saúde

da Família e não as Unidades de Saúde da Família. No caso desta pesquisa, todas as equipes NASF nas quais as psicólogas estavam inseridas apoiavam equipes de Saúde da Família lotadas em apenas uma USF. Todavia, existem no município alguns poucos casos nos quais uma USF abriga duas equipes de Saúde da Família.

Em relação à Rede de Atenção Psicossocial/RAPS, o município conta com 05 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo: uma unidade direcionada a usuários de álcool e outras drogas (CAPS-AD), uma unidade direcionada ao público infanto-juvenil (CAPS-I), 2 unidades voltadas para os transtornos mentais severos e persistentes (CAPS II) e outra unidade que funciona ininterruptamente atendendo as emergências psíquicas (CAPS III).

Atualmente a SMS, através do apoio de recursos do governo Federal, vem construindo, reformando e ampliando mais unidades básicas de saúde. Houve ainda a adesão ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB e a implantação do Programa Saúde na Escola/PSE em várias escolas municipais. Outro fato importante, e que tem impactado o cotidiano de várias eSF, foi a adesão ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde trazendo médicos (principalmente cubanos) para as USF com uma abordagem humanizada de atendimento à saúde, sendo positivamente avaliado pelas equipes de saúde das USF investigadas, tanto ESF como NASF. Além disso, a SMS constituiu uma equipe de Consultório na Rua para lidar com a população de rua e suas demandas de saúde.

Essa é a estrutura e a organização formal do SUS e, mais especificamente, da Atenção Básica no município. Em minhas observações etnográficas o que percebi é que, de fato, o município tem uma estrutura razoável de assistência e vem aumentando a quantidade das unidades de saúde e dos serviços ofertados. Todavia, um ponto que merece aqui atenção é sobre a qualidade desses equipamentos de saúde. Muitas das USF que visitei tinham a estrutura física bastante precária, levando em consideração que a maioria dos imóveis nos quais funcionam as USF é alugada, sendo originalmente imóveis residenciais que foram adaptados para o funcionamento das unidades de saúde. A precariedade se corporifica nestes casos em imóveis com infiltrações, mofo, muros quebrados, quartos e salas pequenas, iluminação deficiente, falta de mobilidade para portadores de necessidades especiais, falta de higiene e improvisos estruturais que acabam implicando muitas vezes negativamente na qualidade do cuidado prestado à população.

É claro que essa estrutura é determinada em grande parte por uma gestão pública (gestões, na realidade) que não coloca como prioridade o estabelecimento de uma qualidade estrutural do SUS. Soma-se a esse fato uma intensa precarização do trabalho vivida pelos

trabalhadores da saúde (da qual falarei mais adiante) e podemos perceber, como observei em campo, uma sensação de desmotivação, insatisfação e comodismo vivida por muitos profissionais. É como se muitos deles estivessem “levando com a barriga” o desenvolvimento de seu trabalho e acabam se enquadrando no perfil popularmente conhecido como “funcionário público” que não tem grande interesse em atender de forma humanizada e acolhedora os usuários do SUS. Esse aspecto está relacionado a uma dimensão qualitativa do serviço público: investe-se no aumento do número de unidades de saúde e de profissionais contratados, mas a qualidade e o processo de humanização ficam em segundo plano. Assim, como uma das psicólogas expressou em uma de minhas visitas a campo: o SUS no município “*é só para inglês ver*”....

4.2 A realização das entrevistas e a construção de uma postura hermenêutica

Foram realizadas ao todo 07 entrevistas com 06 psicólogas e 01 enfermeira referência do NASF/SMS³⁴. Especificamente em relação às entrevistas realizadas com as psicólogas, ao alcançar o número de 06 participantes houve o entendimento (meu e de minha orientadora) de uma saturação das informações coletadas a partir da repetição das respostas e dos temas encontrados.

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

As entrevistas foram assim realizadas: 04 delas entre maio e junho de 2013; 01 em novembro de 2013 e 02 em maio de 2014 (uma dessas incluindo a enfermeira referência do NASF). O espaçamento temporal entre as entrevistas deveu-se ao fato de que realizei as primeiras entrevistas, passando depois a avaliá-las junto com minha orientadora e com a banca de qualificação (realizada em agosto de 2013). Naquele momento, foram recomendados ajustes e alterações no tocante não só à realização das entrevistas, como também em relação à minha postura de pesquisador, no processo da pesquisa como um todo.

³⁴ A descrição dessa referência e de suas funções junto às equipes NASF está descrita no capítulo 5 desta tese.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 50 minutos. Todos os participantes consentiram formalmente em participar de sua realização e permitiram gravá-la digitalmente depois de ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE III). Posteriormente todas as entrevistas foram transcritas e analisadas.

Utilizei dois roteiros de entrevista semiestruturados (APÊNDICES I e II): o primeiro direcionado às psicólogas atuantes no NASF e o outro direcionado à enfermeira referência do NASF. O roteiro aplicado às psicólogas foi elaborado a partir do desdobramento dos objetivos propostos na pesquisa (com questões que abordavam o processo de inclusão no NASF; as atividades desenvolvidas; os subsídios dados pela graduação para a atuação nos NASF, entre outras) e também a partir da análise de outras pesquisas sobre a temática da inserção da Psicologia na Atenção Básica e no NASF.

O roteiro direcionado à referência do NASF não estava previsto no projeto original da pesquisa e foi construído a partir de algumas de minhas dúvidas surgidas no decorrer da pesquisa a respeito da relação das profissionais da Psicologia com a SMS, mediadas principalmente pela referência do NASF (envolvendo questões tais como o acompanhamento dos trabalhadores do NASF; as expectativas e as contribuições percebidas pela SMS em relação ao trabalho dos profissionais da Psicologia; a existência de educação permanente no NASF, o que a referência entende por apoio matricial, entre outras).

A hermenêutica foi a perspectiva assumida para subsidiar minha postura enquanto pesquisador nas entrevistas e também na interpretação dos dados coletados em campo. De acordo com Mandelbaum (2012b), para Dilthey, a hermenêutica se configura como um método de conhecimento dos fenômenos humanos, de suas produções e de seus signos, baseado na compreensão de seus significados. Mais do que explicar (como fazem as ciências da natureza), a hermenêutica,

[...] é um método de conhecimento que se funda basicamente em nossa capacidade de trasladar-nos a uma vivência psíquica alheia, sobre a base dos signos que o outro oferece à captação, e que incluem o gesto, a palavra falada, o discurso, a obra de arte ou o texto, isto é, todas as inscrições que a realidade humana deixa atrás de si. Todo fenômeno humano é linguagem. E é com nossa humanidade comum – o que de estruturalmente temos em comum em nossa vida psíquica – que captamos, através da linguagem, a humanidade do outro, os sentidos que o mobilizam. A compreensão, portanto, pressupõe uma espécie de fusão entre o sujeito e o objeto do conhecimento: para compreender, precisamos nos colocar no mundo junto com o que está para ser compreendido (p. 229).

Gadamer (2003) entende a hermenêutica como uma atitude que vai além da compreensão de textos e obras, fundando na linguagem a compreensão das próprias realidades humanas. A hermenêutica não é definida por ele como uma metodologia em si, mas como uma atitude filosófica que sustenta os processos cognitivos humanos. Uma das formas fundamentais desta atitude se dá através do diálogo, quando os parceiros buscam conhecer, compreender, determinado assunto. Todavia, para que este diálogo se constitua como uma postura compreensiva entre os parceiros, não deverá haver controle, por nenhuma das partes, sobre o diálogo. “O processo de compreensão dialógico assim estabelecido permitiria a formação de uma linguagem comum, mediada pelas regras linguísticas compartilhadas e construídas a partir de sentidos compartilhados” (MANDELBAUM, 2012a, p. 230).

A compreensão, para Gadamer (2003), pode ser entendida como a interpretação do conhecimento, sobre o outro ou sobre um texto, a partir da tentativa de imersão na alteridade. A compreensão não busca uma suposta “verdade” sobre esse outro, mas significa encarar nossas expectativas de sentido sobre ele, na tentativa de uma comunhão.

Assumir uma postura hermenêutica na pesquisa implica colocar-se frente àquele que se quer conhecer, estabelecendo uma relação de parceria, na qual não há controle ou relação hierárquica de poder entre as partes, na situação dialógica. É uma postura que implica uma tentativa permanente (nem sempre simples de realizar) de igualdade no ato da pesquisa, em que o pesquisador se expõe ao outro, a um desconhecido, numa aventura que traz outros pontos de vista sobre o processo/fenômeno que se busca compreender. Além disso, Gadamer (2003) indica que é necessário ter consciência das condições sob as quais a interpretação é possível, analisando nossos valores, preconceitos e a pertença a uma determinada tradição.

Através da realização das entrevistas, fui assumindo esta postura hermenêutica aos poucos, buscando exercitar esse encontro igualitário com os “pesquisados”. Devo admitir que esse processo foi difícil para mim. Sendo semiestruturado, o roteiro, *em tese*, me permitiria ir além do previsto no momento da entrevista, quando eu poderia explorar aspectos que não tinham sido pensados quando da concepção da pesquisa. Isso me daria liberdade para fazer outras perguntas, ir mais fundo em algumas questões ou elaborar outras no decorrer da entrevista. Nas primeiras entrevistas, tendi a não fugir muito (ou quase nada) do roteiro pré-estabelecido. Estava receoso em não conseguir contemplar todas as perguntas contidas no roteiro e, preocupado também em não estender demais o tempo da entrevista e cansar as entrevistadas, acabei “atropelando” algumas falas, transformando a entrevista em um momento burocrático, no qual o poder do pesquisador (legitimado pela SMS) estava presente. Exatamente como reflete Mandelbaum:

Nós, pesquisadores, muitas vezes premidos por dar conta de um roteiro de perguntas, ou por algum conhecimento *a priori*, perdemos as respostas, mal as escutamos, muito menos refletimos sobre elas para, a partir do que é dito, formular novas questões ou novos pontos de vista para a continuidade da conversa, para construir junto com o entrevistado um conhecimento novo, que emergja do campo relacional criado pelo encontro. A entrevista, ao contrário, pode tornar-se quase que um procedimento burocrático (2012a, p. 232).

Belinda Mandelbaum como minha orientadora me apontou tal dificuldade e fui aos poucos me “soltando” nas entrevistas seguintes. Sinto que sua orientação foi fundamental para que eu pudesse estar no momento da entrevista como em um encontro entre dois seres humanos, em um diálogo onde eu (enquanto pesquisador) tinha interesse em conhecer a realidade cotidiana dessas psicólogas na sua prática profissional. Precisava ser “eu mesmo”, com minha própria humanidade. Quando consegui deixar fluir meu interesse genuíno em saber sobre aquela prática, sinto que me aproximei muito mais daquelas profissionais, de suas realizações e dificuldades.

Um dos aspectos que também me ajudou bastante nesse processo foi ler o roteiro de entrevista incessantemente antes da realização das entrevistas, incorporando-o. Dessa maneira, e tendo clareza dos objetivos que queria encontrar, deixei de lado o roteiro e o papel (inclusive meu “papel” de pesquisador) e as perguntas apareciam em meu pensamento de forma espontânea, focando na *inter-ação* (uma ação entre o pesquisador e o pesquisado) e não na informação em si que a pesquisa demandava. O tempo passou a transcorrer de uma forma diferente, não me preocupando com ele: só o que importava era aquele momento, aquele diálogo, aquele encontro.

Enquanto exercício de um encontro intersubjetivo, a entrevista acaba se configurando como um encontro entre alteridades onde precisam ser reconhecidas as distâncias e as proximidades ali presentes (MANDELBAUM, 2012a). Bourdieu (1999) indica que as distâncias presentes no momento de uma entrevista constituem grandes desafios para o pesquisador, que precisa criar formas de diminuí-las. Diminuir ou superar essas distâncias é a possibilidade de criar algum tipo de conhecimento novo e verdadeiro, na qual não haja o exercício do puro poder e onde as respostas não sejam aquelas que o entrevistador deseja escutar, mas aquelas que realmente emergem do encontro. Todavia, como processo complexo e multifacetado, a própria estrutura de uma entrevista pressupõe uma distorção e uma comunicação desigual entre as partes. Essa desigualdade está presente naquilo que é dito, no

não dito, na comunicação não verbal, etc. Está presente também na intrusão arbitrária no campo do outro: é o pesquisador quem define o início da pesquisa, os objetivos, as técnicas de coleta, entre outros aspectos (BOURDIEU, 1999).

As distâncias e interferências entre pesquisador e pesquisado na realização desta pesquisa foram por mim vivenciadas sob variados aspectos. É claro que as profissionais tinham consciência do lugar de onde eu estava falando: principalmente enquanto um “professor pesquisador realizando doutorado...”. Isso fez com que houvesse em alguns momentos a sensação de minha parte de que algumas respostas estavam “certas demais”: a busca do politicamente correto para me agradar enquanto pesquisador.

De certa forma, como afirma Bourdieu (1999), a proximidade profissional facilitou a interação: senti que, para elas, conversar de psicóloga para psicólogo facilitou o processo, mas não impediu também certo afastamento por eu “representar” para elas a academia e o saber científico. Além disso, duas dessas profissionais já tinham sido minhas alunas na graduação em Psicologia, o que facilitou, segundo minha interpretação, o primeiro contato e a condução da entrevista.

Em muitos momentos também senti a tensão presente já ao telefone, no processo de marcação para a realização da entrevista, quando externava os objetivos da pesquisa. Essa tensão muitas vezes também estava presente quando do primeiro contato comigo e na realização de algumas perguntas que as deixavam desconfortáveis. Ouvi de uma delas (depois de terminada a entrevista) que minha presença estava sendo encarada pelas outras profissionais como algum tipo de “fiscalização” por parte da SMS e isso provavelmente afetou algumas respostas ou a forma como as entrevistadas se colocaram frente a mim (mas o impacto de tal interferência é de difícil dimensionamento). Além disso, em vários momentos percebi olhares inquietos e solícitos destas psicólogas, buscando ou a aprovação diante de suas ações em campo ou de possíveis respostas frente às várias dificuldades apresentadas.

Dessa maneira, realizar uma entrevista, por mais “simples” que possa parecer (uma situação na qual o pesquisador faz perguntas e o pesquisado responde), implica uma série de elementos que precisam ser considerados. Adquirir uma postura hermenêutica nesta estratégia de pesquisa, como demonstrei acima, não é tarefa fácil quando consideramos esses elementos implicados na construção de uma entrevista enquanto diálogo entre alteridades. Não tenho certeza se esse diálogo aconteceu em sua plenitude (acredito que não), mas percebo que captei a densidade da proposta desse encontro, arrisquei colocá-lo em prática e tive resultados acadêmicos e pessoais muito gratificantes.

4.3 A etnografia e a densidade do campo

Além da entrevista, realizei também uma etnografia como forma de estar no campo da forma mais densa possível, na tentativa de complementar e captar outros elementos além daqueles vivenciados nas entrevistas. Atuando no campo das pesquisas qualitativas, a etnografia, segundo Rockwell (1986), tem sua origem na Antropologia Social e pode ser entendida como um método de “[...] pesquisa sobre e nas instituições baseada na observação participante e/ou em registros permanentes da vida diária nos locais e contextos em que ela naturalmente acontece” (SATO; SOUZA, 2001, p. 30). Enquanto estratégia, a etnografia é rica para o estudo dos processos e interações sociais, das práticas e das representações, possibilitando, por suas características, acessar a complexidade e a singularidade de um dado fenômeno, grupo ou cultura.

A etnografia se faz presente dentro da concepção naturalista como o método de pesquisa social por excelência, inclusive como o único método que considera que qualquer descrição do comportamento humano requer a compreensão dos significados locais para descrevê-lo. Esta abordagem metodológica, por alinhar-se a concepções interpretativas, pressupõe que a realidade seja construída socialmente, expressando-se nas práticas, nos discursos e nas instituições criadas. Por esse motivo, essa abordagem demanda, no processo de pesquisa, a compreensão da cultura que estamos estudando, não podendo se dar a partir de procedimentos estandardizados (SATO; SOUZA, op. cit., p.30).

Geertz (1989) esclarece que praticar a etnografia não é “apenas” estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, manter um diário e daí por diante. Tudo isso são técnicas e processos importantes e implicados na etnografia, todavia, mais do que um método, a prática etnográfica é um procedimento: “O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’” (p. 04). O esforço se dá no sentido de decifrar os complexos planos da realidade, com o objetivo de fazer essa descrição densa da cultura, sendo a mesma composta por uma complexa teia de significados. Dessa maneira, a etnografia se situa também no campo da semiótica, no qual o pesquisador realiza um esforço demorado e repetitivo para compreender planos possíveis da realidade que se quer investigar. O ponto global da abordagem semiótica da cultura é auxiliar o pesquisador a ganhar acesso ao mundo conceitual no qual vivem os sujeitos pesquisados, para que se possa “conversar com eles”.

A etnografia tem como principal preocupação os significados que têm as ações e os eventos para as pessoas ou grupos estudados. A tarefa do etnógrafo consiste na aproximação

gradativa com o campo e com o significado, ou com a compreensão dos participantes. Da posição de *outsider*, o etnógrafo se aproxima cada vez mais das formas de compreensão da realidade do grupo estudado, partilhando e trocando com este os significados compreendidos.

Ainda segundo Geertz (1989), na busca em descobrir a hierarquia estratificada dos significados quando se analisa um fenômeno social ou cultural, o etnógrafo vai lidar com o complexo emaranhado de estruturas conceituais, “muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simplesmente estranhas, irregulares, implícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro aprender e depois apresentar” (GEERTZ, op. cit., p. 07). A busca desses significados se dá do ponto de vista dos próprios atores envolvidos, pesquisador e pesquisados. A função do pesquisador será então “construir uma leitura” sobre o fenômeno em que se debruça.

O etnógrafo “inscreve” o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo ele o transforma de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente (GEERTZ, op. cit., p. 14).

O etnógrafo escreve, anota a realidade que vê no campo pesquisado, inscrevendo os significados que vão se apresentando. A descrição etnográfica tem, segundo Geertz (1989), três características principais: ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o dito em tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se, fixando-o em formas pesquisáveis. Além dessas características, Rockwell (1991 *apud* SATO; SOUZA, 2001) esclarece que a etnografia se caracteriza por: a) documentar o não documentado; b) obter, como produto do trabalho analítico, sempre uma descrição; c) permanecer longamente no campo; d) interpretar e integrar conhecimentos locais à elaboração da descrição; e) construir conhecimentos, descrever realidades particulares buscando relações relevantes às inquietações teóricas mais gerais.

Mesmo não sendo antropólogo, busquei praticar a etnografia e compreendo ter “imerso” densamente no campo que objetivei investigar: o cotidiano de psicólogas atuando em NASF’s. Encerrei a etnografia no tempo que, qualitativa e subjetivamente, considerei suficiente. Um dos indícios desse “tempo suficiente” aconteceu quando as atividades começaram a se repetir e quando não consegui mais perceber o aparecimento de elementos e significados novos a partir de certa altura da pesquisa. A respeito do longo tempo em campo referido por Geertz (1989) e Rockwell (1991 *apud* SATO; SOUZA, 2001), cabe uma reflexão: qual o tempo mínimo de permanência do pesquisador em campo para que o mesmo

considere ter conseguido compreender os significados daquela realidade e ter elementos que lhe permitam fazer uma descrição densa da mesma? Essa decisão acaba recaindo na avaliação de cada pesquisador, julgando o momento mais adequado para encerrar a etnografia.

Minha etnografia se configurou no acompanhamento em campo das atividades de duas psicólogas participantes também das entrevistas (P1 e P6, conforme descrição na seção de resultados). Com a psicóloga P1, estive em campo durante os meses de junho, julho, setembro e outubro de 2013. Com a psicóloga P6, acompanhei suas atividades durante os meses de junho, julho, agosto e setembro de 2014. No início de cada mês, as psicólogas me passavam seus cronogramas e planejávamos juntos os dias de ida ao campo. Normalmente passava o dia inteiro com estas psicólogas (algumas vezes apenas um turno) acompanhando suas atividades entre 3 a 4 dias da semana. Levei em consideração, inicialmente, a minha participação no maior número possível de atividades desenvolvidas por elas, para que eu pudesse ter uma ideia da diversidade de ações da Psicologia naquele contexto.

Adotando a etnografia como uma postura em campo, percebi que estava, ao mesmo tempo, distante e próximo daquela realidade: distante porque não era trabalhador de saúde daquele município e não compreendia em profundidade e na “carne” o que era estar naquele lugar; próximo, porque sou psicólogo e entendo a linguagem e muitos dos procedimentos dos profissionais da Psicologia e da saúde, o que facilitou de certa forma minha comunicação com as psicólogas e com os outros profissionais de saúde.

Senti desde o início, nos dois casos, que fui bem recebido, tanto pelas psicólogas como pelo resto das equipes NASF e das eSF. É claro que, mesmo sendo aceito por aquelas pessoas, eu era um *outsider*, alguém de fora que chegou ali naquele cotidiano e começou a interagir, a fazer perguntas e a conversar, a acompanhar as atividades. Mas nenhuma entrada em campo é neutra e sem impactos. Pelo lugar do qual me posicionava (professor e doutorando), gerava curiosidade nesses profissionais, que perguntavam quais eram os objetivos da pesquisa, o que iria fazer com os dados coletados, etc. Acompanhei várias atividades realizadas, tanto nas unidades de Saúde da Família, como nos vários espaços dos bairros nos quais essas se realizavam, tais como: atendimentos individuais e em grupo (dos mais variados tipos), visitas domiciliares, salas de espera, trabalho de orientação com os pais, planejamento em equipe, diversas ações de promoção da saúde, entre outras.

Com alguns profissionais em específico (como o caso de uma enfermeira de uma determinada USF e de um grupo de ACS de outra unidade de saúde) senti certa animosidade comigo, mas com a vivência no campo compreendi que não era algo direcionado à minha condição de pesquisador, mas, sim, pelo fato de estar próximo dos profissionais do NASF: a

tensão estava entre esses profissionais e os trabalhadores do NASF, gerando conflitos relacionais e de poder.

Realizei a etnografia com a preocupação de descrever da melhor maneira possível o cotidiano de trabalho das psicólogas participantes, destacando suas compreensões sobre essa realidade, minhas próprias compreensões e também a minha compreensão sobre a compreensão dessas profissionais.

Diferente do realizado nas entrevistas, não elaborei qualquer roteiro que pudesse me guiar na etnografia. Como destacam Beaud e Weber (2007), o etnógrafo não prevê o desenrolar de sua pesquisa. Sem seguir qualquer tipo de protocolo ou direcionamento, deixei que o campo falasse comigo, segui suas pistas e fui sendo guiado pelos seus pequenos eventos, encontros e desencontros, pelas falas e silêncios aparentemente tão desprovidos de propósitos e intenções e, no final, fui juntando esses “pedaços” vivenciais, permitindo que eles fossem compondo o complexo e multifacetado quebra-cabeça de significados presentes naquela realidade. Ia, assim, seguindo o “fluxo” dos acontecimentos e, muitas vezes, mais reagia do que agia, me deixando tomar/contaminar pelos elementos e eventos ali vividos. Depois de cada acompanhamento, fazia minhas anotações em um diário de campo, onde descrevia o espaço, as pessoas, as atividades, as relações e, principalmente, minhas impressões sobre tudo.

Realizando a etnografia nos vários bairros, nas várias unidades de saúde e com os vários profissionais com os quais as psicólogas se relacionavam, entendo que ia escrevendo sobre a realidade, as ações e as interações que percebia. Ia, ao relatar essas incursões nos diários de campo, tentando interpretar os significados daquilo que se apresentava aos meus olhos e aos meus sentidos como um todo. Escrevia sobre o que via, descrevendo também sobre o que não “via” diretamente e, a partir daí, fui aos poucos interpretando o fluxo dos discursos e dos “não-discursos”: comportamentos tão ou mais importantes do que a fala, elementos fundamentais de serem levados em consideração em uma incursão etnográfica.

Estar no campo teve um enorme impacto pessoal porque, além de pesquisador, sou também psicólogo de formação e me coloquei em muitos momentos no lugar das psicólogas que acompanhava, imaginando quais seriam minhas próprias reações ao me deparar com as situações com as quais elas se deparavam: conflitos, dificuldades, precarização do trabalho, desmandos de poder, falta de estrutura, boicotes interprofissionais, etc.; mas também muita alegria e prazer com o trabalho realizado, possibilidades de ação e liberdade para inventar na prática, crescimento com a troca de saberes e experiências com outros profissionais, retorno das equipes e dos profissionais sobre um trabalho bem realizado.

O resultado final desta etnografia, então, foi a compilação e posterior análise do material coletado e a consequente construção de conhecimentos que pudesse, da minha perspectiva e de meu olhar enquanto pesquisador social, descrever a realidade da prática profissional de psicólogas inseridas em NASF's de um município da região nordeste do Brasil.

4.4 Análise e Interpretação dos dados

Entendo que a etnografia enquanto estratégia de um mergulho denso no campo se relaciona de forma profícua com a hermenêutica enquanto postura interpretativa do pesquisador. Utilizei a hermenêutica como postura investigativa durante todo o processo da pesquisa, inclusive em minhas incursões etnográficas em campo, entendendo-a como um debruçar-se sobre os significados presentes nos processos comunicativos, estes vistos de maneira ampla, incluindo elementos verbais e não verbais. Mas a etnografia não dicotomiza as etapas de coleta e análise das informações (ou “fatos” como propõem SATO; SOUZA, 2001), entendendo que estar no campo é também permitir que o campo “fale”. Todavia, entendo também que a hermenêutica pôde me proporcionar o desenvolvimento de um olhar para a linguagem de forma tal que pude me colocar no lugar do outro para compreendê-lo.

A hermenêutica me permitiu em todos os momentos da pesquisa que eu pudesse imergir em alteridades da forma que nos indica Gadamer (2003), sobre a necessidade de ter consciência das condições sob as quais a interpretação é possível: meus valores, pressupostos e a pertença a uma determinada tradição.

Para realizar a interpretação não tracei um roteiro ou um caminho específico: busquei permitir que as informações “falassem” comigo, me impregnassem, na tentativa (nem sempre fácil, é verdade) de estar aberto para aquilo que elas estavam tentando dizer, em confronto com as determinações sócio-históricas presentes no campo e em meu lugar no momento da análise.

Especificamente sobre os “textos” produzidos (as entrevistas transcritas e os diários de campo), realizei o seguinte empreendimento, surgido durante o processo de interpretação: primeiro uma leitura flutuante, curiosa e reflexiva dos dados brutos. Procedi, ao mesmo tempo, ao estabelecimento de uma relação dialógica entre as informações coletadas e minhas próprias concepções. Depois disso, realizei mais algumas leituras exaustivas das informações e da relação dialógica realizada e comecei um processo paulatino de definição de categorias analíticas inspiradas nas questões e objetivos da pesquisa. Busquei então, fazer relações entre

as categorias analíticas encontradas e as categorias teóricas propostas pela literatura sobre a temática.

5 O TRABALHO NO NASF: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA AS AÇÕES DA PSICOLOGIA

5.1 Descrição das profissionais pesquisadas

Nesta seção, farei a descrição das psicólogas e dos outros profissionais pesquisados. Uso aqui o termo “psicólogas” porque todos os profissionais da Psicologia pesquisados são mulheres, o que confirma a predominância das mulheres no âmbito desta categoria profissional³⁵. Como forma de identificação e por sigilo ético, chamarei as Psicólogas pela inicial “P”, seguida da ordem das entrevistas realizadas: de P1 até P6.

A psicóloga número 1, aqui denominada P1, tinha, à época da pesquisa, 26 anos de idade. Estudou em uma faculdade particular (como todas as psicólogas aqui pesquisadas), tendo se formado em Psicologia no ano de 2009. No ano de sua formatura, já conseguiu a inserção no NASF do município, cargo que ocupa até hoje. Após o término de sua graduação, fez cursos sobre dinâmica de grupo, conflito e relação interpessoal, cursos de extensão sobre psicofarmacologia, psicologia hospitalar e liderança comunitária. Além disso, concluiu uma especialização em Saúde pública.

P1 se inseriu em uma das equipes NASF que apoiava 13 eSF, logo no início da implantação da política no município, apenas dois meses depois do início das atividades das equipes NASF. Todavia, com a redução do número de eSF a serem apoiadas pelos nasfianos³⁶ em setembro de 2013, passou a apoiar 5 eSF. No seu caso, essa diminuição significou uma mudança na dinâmica e na composição das atividades desenvolvidas por ela, implicando, segundo sua própria análise, uma melhor qualidade no exercício profissional.

P1 refere que apoiar 13 unidades equipes de Saúde da Família fragmentava seu trabalho e que a orientação da SMS “... é que nós passemos pelo menos uma vez em cada equipe no mês.” As atividades e a frequência nas USF dessa profissional variavam de acordo com a demanda e a cada mês havia uma alteração dos dias e atividades realizadas em cada

³⁵ Segundo pesquisa de abrangência nacional realizada no ano de 2012 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), 89% dos profissionais da Psicologia são mulheres, e 51% das mesmas têm entre 20 e 39 anos de idade, o que demonstra que, nas últimas décadas, dado o aumento do número de cursos de graduação de Psicologia em todo o Brasil, muitas jovens mulheres ingressam na profissão, levando em consideração que a média das profissionais se gradua com 22 anos ou próximo dessa faixa etária.

³⁶ Os trabalhadores do NASF se autorreferem como *nasfianos*. Utilizarei esta nomenclatura em alguns momentos desta tese.

unidade de saúde: realidade essa vivenciada por todas as psicólogas entrevistadas, mas muitas vezes incompreendida pela gestão municipal.

... O processo é dinâmico, é extremamente dinâmico, essa é inclusive a dificuldade da gestão de entender e de tentar controlar ou passar algum tipo de normativa, não tem como!”(P1)

Esta psicóloga se inseriu no NASF graças a um “padrinho” político³⁷ e, mesmo com a mudança do prefeito do município, conseguiu se manter nesta política, alegando ter muitas vezes medo de ser desvinculada por causa dos revezes e incertezas da política local. Além de trabalhar no NASF, é consultora ambiental para implantação de projetos de infraestrutura em outro município da região, onde avalia o impacto psicossocial de obras de grande porte na vida de comunidades. Além disso, P1 realiza formação clínica em uma abordagem fenomenológica, atuando paralelamente ao NASF em consultório particular.

P1, mesmo sendo psicoterapeuta, questiona a realização da psicoterapia no âmbito do NASF, destacando que, apesar da legislação não impedir, o foco das ações do psicólogo no NASF deverá se dar no trabalho com a coletividade. Todavia, dependendo da necessidade e de uma avaliação da profissional a respeito de uma “suposta” capacidade do usuário em conseguir se aprofundar no mundo psíquico, realiza psicoterapia com alguns deles.

P1 é uma das psicólogas de quem acompanhei as atividades na etnografia. Do que pude inferir a partir de sua entrevista e de minhas observações em campo, posso afirmar que ela gosta de se comunicar (bastante), sua chegada e sua presença são bem marcantes para todos que estão no mesmo espaço, tenta adaptar sua linguagem aos vários públicos (desde os usuários até à diversidade de profissionais), tem uma boa relação com as pessoas, é articuladora, se identifica e gosta de trabalhar no SUS, além de ter apreço em trabalhar com grupos. Segundo seu próprio ponto de vista, esse perfil facilita sua ação enquanto nasfiana, já que as adversidades são muitas.

P2 tinha, à época da pesquisa, 30 anos de idade e também concluiu sua graduação em 2006. Realizou curso de especialização em Neuropsicologia e acredita que essa formação a ajuda bastante em sua prática profissional. Identifica-se com a realização de interconsultas (principalmente com os médicos) e considera um desafio ter que lidar com uma demanda de ações tão diversificada como no NASF.

³⁷ Alguém com força política suficiente para conseguir algum tipo de “favor” na administração pública. Neste caso, a inserção de um profissional em uma política pública.

P2 estava há dois anos atuando no NASF e já era trabalhadora do município há mais tempo, estando inserida em um dos CAPS da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. Depois de um tempo afastada por licença-maternidade, ao retornar para sua vaga no CAPS, esta estava preenchida por outra psicóloga. Através de seu padrinho político, conseguiu uma vaga em um dos NASF do município.

Em sua fala na entrevista, se destacam dois aspectos do seu perfil de atuação: o trabalho com grupos e a escuta individual (acolhimento e/ou psicoterapia). A veia clínica é muito presente no perfil desta psicóloga, que realiza com alguns usuários a psicoterapia propriamente dita de forma semanal, através da abordagem cognitiva-comportamental. No contato com ela, senti um clima de desconfiança e medo da minha presença, mas tentou a todo o tempo ser simpática e solícita com as perguntas que estavam sendo feitas por mim durante a entrevista. Sua equipe NASF apoiava 10 eSF à época da pesquisa e, ao ser questionada sobre se sua carga horária seria suficiente para dar conta desse apoio, responde:

Não, eu tento dar conta. Entendeu? Porque assim, eu, em minha opinião, eu “pingo” nas unidades, eu brinco de pingar, porque assim, existem unidades que exigem menos, mas tem unidades que exigem muito só que eu preciso me distribuir né. E fica um pouco lá faltando. (P2)

P3 tinha 34 anos de idade e havia concluído sua formação em 2007, em um Estado próximo do município pesquisado. Apoiava, havia quatro anos, 12 eSF. Tinha realizado após o término da graduação, uma formação em Perito do trânsito, outra área na qual atuava paralelamente ao NASF.

De sua atuação, destacam-se dois aspectos importantes: o foco do seu trabalho se dá nos grupos (que realiza em abundância) e ela tem dificuldade na realização de ações individuais: desde o acolhimento até qualquer tipo de atendimento ou acompanhamento sistemático. Ela alega não ter tido formação para tal e se sente desconfortável na realização de tal atividade. Relata ainda, quando perguntada sobre a suficiência da carga horária para dar conta do apoio a 12 ESF:

Não, até porque tem algumas unidades que a gente vai muito pouco. Justamente por isso, porque onde a gente tem grupo fixo, tem grupo de 4 anos, a gente fica assim, meio receoso em tá diminuindo aquela atividade pra poder ir pra outra, atender outra, então, tem unidade que a gente só vai uma vez no mês, duas vezes no mês, então a gente sabe que o trabalho não surte tanto efeito, faz uma prática educativa, uma palestra, ou uma capacitação com ACS e volta. A gente sabe que se pudesse ter 5 unidades, 6 unidades, seria muito melhor. (P3)

Pelas idas e vindas dos mandos e desmandos políticos e da precarização das relações de trabalho, esta psicóloga foi desligada do NASF em julho de 2013.

P4 tinha 42 anos de idade e havia concluído sua formação em 1994, na cidade de São Paulo. Era uma das que, junto com as psicólogas P1 e P3, tinham entrado no NASF desde o início de sua implantação, em 2009. Depois de sua graduação, fez curso de formação em Arteterapia e especialização em Saúde Mental. Atua paralelamente ao NASF em clínica particular a partir da Psicologia Analítica de Jung. Além de realizar atividades diversificadas no âmbito do NASF, o foco do seu trabalho se dá nos grupos.

Esta psicóloga estava apoiando 12 eSF à época da pesquisa e entendia que o ideal seria apoiar um número menor de equipes. Destacou também em sua entrevista a discrepância entre o apoio a eSF da zona urbana e da zona rural:

Geralmente as que mais sofrem é a zona rural, por ser mais distante a gente acaba indo uma vez no mês nelas e nas outras a gente consegue ir mais entendeu? (P4)

P5 tinha 25 anos de idade e terminou a graduação no ano de 2011, tendo sido minha aluna na faculdade. Na sua graduação, realizou estágio na SMS do município pesquisado, considerando esta experiência muito importante para sua inserção futura no NASF:

... como meu período de estágio eu estagiei na Secretaria de Saúde, na Vigilância Epidemiológica, eu estagiei dois anos lá, eu já estava com um pouco de contato com a Saúde... tinha vinculação a respeito das redes. Como eu trabalhei com notificação da violência, eu tive contato in loco com os PSF's. Então eu acredito que o meu estágio fez com que eu não ficasse tão temerosa, porque o meu estágio também foi desbravador... (P5)

P5 estava cursando especialização em Neuropsicologia à época da pesquisa e sentia, por sua atual inserção no NASF, a necessidade de realizar também uma especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Desde o final de sua graduação, atua como psicóloga clínica através da abordagem cognitiva-comportamental, com alguns elementos da abordagem sistêmica. No momento da entrevista, ela estava há apenas 5 meses no NASF, tendo substituído uma das psicólogas aqui pesquisada (P3), que tinha sido desligada de forma abrupta. Sua fala retrata o sentimento dessa substituição:

No início, foi um momento bem desafiador porque, por questões políticas, normalmente as pessoas que estão inseridas nunca sabem o tempo que vão ficar. Então, pra mim foi um momento muito complicado no início, de saber que eu estava entrando na vaga de uma pessoa, que tava saindo do nada, de forma inesperada, e... no início veio um friozinho assim na barriga...

Ela relata que, apesar do fato de estar substituindo outra profissional, foi bem acolhida pela equipe, tanto do NASF como das eSF, o que lhe deu confiança para desenvolver seu trabalho. P5 foi uma das profissionais que vivenciou a mudança de número de eSF apoiadas pelas equipes NASF e relata que, apesar da diminuição do número de equipes a serem apoiadas, no início a transição foi um momento complicado, já que teria mais tempo para desenvolver suas ações, mas que foi preciso um período de adaptação dado o aumento do número de atividades por USF.

P6 tinha 30 anos de idade e finalizou o curso de Psicologia no ano de 2010, tendo sido também minha aluna durante a graduação. Esta foi outra psicóloga de quem acompanhei as atividades em campo. No campo com ela, percebi que sua atuação, diferente de P1, se dá de uma forma mais tranquila, com boa comunicação com as equipes (NASF e eSF) e bem articulada. Percebe-se que, de fato, ela gosta bastante de atuar no NASF e isso transparece em suas ações. Fui muito bem acolhido por ela em campo, da mesma forma que P1.

P6 atua também, desde sua formação, em consultório particular, a partir da Gestalt-Terapia. Realizou especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família. Entrou no NASF no final de 2013, quando as equipes já estavam apoiando apenas 5 eSF. Dessa forma, ela acredita que esse quantitativo é suficiente para realizar um trabalho de qualidade no âmbito do NASF.

Realizei ainda uma entrevista com uma referência do NASF, aqui denominada R1. Ela atua no apoio aos nasfianos, sendo a profissional a quem estes se reportam com o objetivo de resolver suas pendências e possíveis problemas. Essa referência técnica assume a função³⁸ de coordenar um determinado número de equipes NASF, organizando os dados gerados pela atuação dos nasfianos, o planejamento dos serviços/ações e os processos de trabalho. Além disso, é a pessoa responsável pelo acompanhamento e fiscalização dos cronogramas e das atividades, pela organização e condução de reuniões e realização da educação permanente voltada para os trabalhadores do NASF. Atua, concomitante a esta função, como supervisora de determinado número de USF na SMS.

³⁸ Essa é uma função não formal, que não está incluída no organograma hierárquico da SMS. Não há, portanto, remuneração específica para a mesma.

R1 atua como referência técnica desde março de 2012, quando existiam na SMS apenas 8 equipes NASF. Esse número foi aumentado em 2013 para 10 equipes e em 2014 alcançou o número de 17. Como aumentou a demanda de trabalho, a SMS colocou mais uma referência técnica para gerir as equipes, momento em que R1 passou a referenciar 10 equipes NASF, enquanto as outras 7 equipes tinham a outra referência como responsável.

R1 avalia que a diminuição do número de ESF apoiadas pelos nasfianos significou um aumento de qualidade do cuidado prestado à população.

Então a gestão optou por no mínimo de cinco, pelo fato da gente estar prestando um serviço de qualidade melhor pras unidades, né, e aí ficam um tempo maior pra eles estarem prestando essa assistência. Porque antigamente a gente tinha NASF vinculado a até doze/treze equipes de saúde, e era uma coisa meio feita “nas coxas”. E agora, com cinco equipes, a gente vê que o trabalho tem fluído melhor. (R1)

Ela relata que, na chegada de cada novo nasfiano, há um acolhimento com o repasse de informações sobre o funcionamento do NASF, junto com a discussão da legislação que embasa seu funcionamento. São convidados profissionais antigos para relatar e discutir casos clínicos, entre outros aspectos. Sobre o processo de educação permanente, R1 afirma não ter um cronograma definido, sendo sua realização demandada pelos nasfianos. Relata que, por ser enfermeira, não conseguiria imaginar as demandas dos trabalhadores e das suas várias categorias profissionais inseridas nos NASF. Isso gera ao mesmo tempo um desconforto e também um enriquecimento profissional/pessoal em relação a novos conhecimentos provenientes de várias categorias profissionais. Sobre esse fato e sobre as possibilidades que o contato com esta política traz para si, afirma:

Eu acho muito interessante, porque justamente a proposta do NASF é essa: ampliar a clínica, da gente entender que um profissional só, como a equipe que a gente já atende: a gente é enfermeiro, médico, a gente não dá conta de tratar da saúde integral do indivíduo. Então, assim, eu tendo esse contato com eles eu amplio esse meu olhar, eu entendo melhor a importância dessa outra equipe, desses outros profissionais dentro da unidade de saúde da família, pra estar tratando do indivíduo. Então assim, é uma troca de saberes e de experiência muito legal, muito importante. (R1)

Em relação aos outros profissionais do NASF pesquisados, é importante considerar que não parti de um roteiro de entrevista ou de itens de observação prévios a serem feitos na etnografia. Durante o processo etnográfico, existiam alguns aspectos que pretendia observar

(tal como a relação entre as psicólogas e os outros profissionais da saúde e as expectativas/demandas desses profissionais em relação à Psicologia), mas me deixei levar pelo fluxo da vivência e da observação.

Os profissionais das equipes NASF deste município, de modo geral, têm um perfil próximo das psicólogas aqui descritas: muitos deles têm pouco tempo de graduação, alguns se inseriram no NASF como primeiro emprego e todos se inseriram a partir de indicação política. Alguns deles foram desligados da SMS devido em grande parte à mudança do titular da gestão municipal e da rede de influência do mesmo. Acompanhei em campo as ações de assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e educadores físicos que compunham as duas equipes NASF com que realizei a etnografia.

5.2 Elementos de um perfil profissional

Como descrevi acima, as psicólogas pesquisadas eram jovens (entre 26 e 34 anos de idade) com pouca ou nenhuma experiência profissional antes de se inserirem no NASF. Esses dados confirmam as descobertas de outras pesquisas a respeito do perfil dos profissionais da Psicologia trabalhadores do SUS, da Atenção Básica e de outras políticas públicas (SPINK, 2007; CREPOP, 2010; FERREIRA NETO, 2011).

Cabe aqui uma problematização deste perfil encontrado. Como demonstra Ferreira Neto (2011), os profissionais da Psicologia estão buscando a inserção em políticas públicas não necessariamente por identificação com a proposta ou por uma formação e/ou informação sobre como é a atuação profissional em determinada política. O que acontece em muitos casos (como os aqui analisados), é que estes profissionais entram nestas políticas por indicação política, como uma oportunidade de primeiro emprego, e permanecem neste cargo até que surja outra oportunidade laboral mais interessante em termos de identificação ou de retorno financeiro. Dessa maneira, a inserção no NASF, mais do que uma profissão de fé ou “missão” de vida, é encarada por algumas dessas profissionais como um recurso de sobrevivência, mesmo que no decorrer do tempo este trabalho se transforme em algo prazeroso. Além disso, a precariedade do vínculo, os baixos salários e as dificuldades estruturais levam muitos psicólogos nasfianos do município e da região a uma inserção apenas passageira nesta política pública.

É, o que eu tenho observado muito é que a gente recebe muitos profissionais recém-formados. Não desvalorizando, porque todo mundo passa por essa

situação, claro, eu também já fui recém-formada, eu passei por esse processo de aprendizado, todo mundo tem que passar por ele, mas eu acho que isso sim pode ser uma barreira, né, pra eles estarem chegando assim, já tendo que cuidar de pacientes que na verdade estão sem nenhuma capacitação específica, eles já são colocados nos postos de saúde, tendo já que entrar com alguma estratégia de intervenção, mesmo sem ser preparados. Eu acho que essa assim é a barreira mais complicada que a gente tem hoje, né, a falta de preparo e, assim, individualmente de cada profissional... (R1)

Pelo fato de nunca ter havido concurso público para qualquer cargo que compõe as equipes NASF no município pesquisado³⁹, todas as psicólogas e trabalhadores da saúde se inserem nesta política por indicação e lá permanecem, ou não, por força de seus “padrinhos” políticos, durante o tempo que estes tiverem força necessária para essa manutenção. Cada cargo é uma moeda de troca importante no jogo dos interesses político-partidários, principalmente no que se refere às políticas públicas nas quais os profissionais da Psicologia estão inseridos. Como o salário do NASF é atualmente o maior do município (pelo menos para os profissionais da Psicologia), estar inserido nesta política é motivo de destaque e valorização, ocasionando inclusive disputa interna e inveja entre os profissionais que estão inseridos em outras políticas públicas. Além disso, é importante considerar que todas as psicólogas pesquisadas (assim como a maior parte dos trabalhadores da saúde municipais) estão vinculadas a uma cooperativa de saúde contratada pela prefeitura municipal.

Todas as psicólogas pesquisadas cursaram sua graduação em faculdades particulares da região, enquanto uma delas concluiu sua graduação na cidade de São Paulo/SP. Além disso, continuaram seu processo formativo depois da graduação, buscando capacitações (principalmente por conta própria, como veremos adiante), realizando cursos de extensão, formação clínica ou especialização.

Algumas dessas psicólogas tinham experiência em outros programas ou políticas públicas do próprio município, tais como o Centro de Referência em Assistência Social/CRAS, Centro de Referência Especializado em Assistência Social/CREAS, Centro de Referência da Mulher/CRM e Centro de Atenção Psicossocial/CAPS.

As profissionais de Psicologia tinham uma carga horária semanal de trabalho de 40 horas, mas trabalhavam de fato apenas 30, distribuídas em quatro dias da semana, com um dia de descanso combinado por cada uma com a SMS, de acordo com suas demandas pessoais e

³⁹ Segundo informações colhidas na SMS, não há também qualquer projeto ou intenção da prefeitura municipal em realizar concurso público para esta área. No SUS municipal, quase a totalidade dos cargos são preenchidos por indicações políticas, com poucos funcionários concursados. O último concurso público da SMS aconteceu há mais de 10 anos.

profissionais. Apesar de elas receberem uma remuneração referente a 40 horas semanais de trabalho, o exercício efetivo das 30 horas se constitui como um acordo informal entre a SMS e os profissionais do NASF. Esta “regalia” foi conquistada através de pressão dos nasfianos com a SMS, numa luta pela equiparação de direitos, já que este benefício se aplicava aos outros profissionais de saúde trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, tais como médicos e enfermeiros.

Surgiu durante a pesquisa de forma espontânea a definição de um suposto perfil “ideal” do psicólogo trabalhador do NASF. Segundo estas psicólogas, qualquer pessoa pode se inserir nesta política, já que a entrada vai depender de que algum político a coloque. Todavia, permanecer na mesma e desenvolver um trabalho de qualidade dependeria de algumas características fundamentais.

Você tem que lidar com muitas situações. Primeiro você tem que trabalhar bem com a sua equipe, que é equipe, o seu núcleo né? Os outros que são do NASF. Por isso acho que você tem que ser uma pessoa colaborativa, que goste de trabalhar em grupo, se for muito individualista fica complicado, né? Organizado nesse sentido pra poder articular. Tem que ter articulação. Como se trabalha muito em grupo, não pode ser uma pessoa muito tímida. Tem que ser uma pessoa que sabe falar bem em grupo, que saiba lidar com vários contextos que apareçam e tal né? E também tem que ter aquele jogo de cintura pra lidar com os problemas que aparecem, que aparecem muitos problemas interpessoais. Principalmente de equipe... . Então você tem que se dar bem, tem que saber se articular, saber lidar com as diferenças porque as pessoas que trabalham em um posto de saúde nunca são iguais a outra né... O problema é que você tem que lidar com isso em muitos lugares. ... É muita coisa pra gerenciar. Então a pessoa tem que ter muito jogo de cintura.
(P2)

Cito esta fala em especial porque ela consegue condensar as principais características deste suposto “perfil ideal”: o profissional da Psicologia tem que ser flexível para lidar com as situações mais diversas, tem que ser colaborativo, gostar de trabalhar em grupo, tem que ser organizado, saber articular (com as pessoas e os grupos), não pode ser tímido, tem de ser uma pessoa que goste e saiba falar bem, ter habilidade para lidar com as relações interpessoais, entender e saber lidar com as diferenças dos indivíduos e com a dinâmica das unidades e dos usuários. Mas não só isso, para essas psicólogas (sintetizo aqui uma série de elementos que foram surgindo no decorrer da pesquisa) é importante que o profissional goste de trabalhar na saúde pública, ambiente em que o público é predominantemente de baixa renda. Essas são as características que essas profissionais consideram como ideais para o profissional da Psicologia.

Todavia, elas colocaram também uma série de características negativas atribuídas pelos profissionais das equipes de saúde da família ao trabalho da Psicologia, colocando o psicólogo como “descarado”, “folgado”, “vagabundo”, “enrolado”, “conversador”. Segundo o relato de algumas psicólogas e outros profissionais do NASF, alguns profissionais das eSF sentiriam inveja de um processo de trabalho diferenciado vivido pelos nasfianos, já que os mesmos quase sempre conseguem almoçar em suas residências, além de terem “janelas” em seus turnos que permitem, por exemplo, resolver afazeres pessoais (como ir ao banco ou a consultas médicas), algo inviável para as eSF que têm de ficar o dia todo nas USF, principalmente pelas grandes distâncias em relação às suas residências.

A totalidade das psicólogas disse se identificar com a atuação no NASF e com sua proposta. Mesmo com toda adversidade encontrada em seus cotidianos de trabalho, percebi que essas psicólogas apreciam muito o que fazem.

Me identifico, me identifico sim. É, no começo foi difícil né? A gente ficou muito perdido. É... até porque assim... Eu trabalhava em consultório e de repente me vi nessa coisa de política pública né? Então... de trabalhar com grupos, é uma proposta totalmente diferente. Então no começo a gente, eu fiquei meio perdida. Mas aí a gente foi caminhando, foi trabalhando, hoje tá bem tranquilo nesse sentido. (P4)

Amo, eu gosto muito desse trabalho... eu gosto muito de realizar grupos, gosto muito de fazer capacitações, aí eu me identifiquei né, com esse trabalho de prevenção, do vínculo que a gente constrói, das pessoas que estão aqui perto elas podem vir para ter uma escuta, e aí eu acabei me identificando muito com esse serviço (P3).

E essa percepção não se deu apenas nas inúmeras falas sobre a identificação e o amor pelo trabalho no NASF: vi esse fato no cotidiano do serviço, com os usuários e os profissionais. Essa identificação também é reforçada pelo constante retorno da população em relação ao trabalho desenvolvido, o que lhes dá grande satisfação profissional. Elas sentem que seu trabalho é valorizado pelos usuários. Vi em campo várias demonstrações de carinho destes em relação às psicólogas e ao seu trabalho. Isso foi alegado por todas as profissionais como o aspecto que mais lhes dá prazer e motivação em continuar nesta política. Como afirmou uma das psicólogas: *Eu adoro meu povo...* (P1)

O meu trabalho... Oh, eu estou muito satisfeita com meu trabalho, pelos resultados né. Assim, não tem coisa melhor do que você pegar uma pessoa que tá pra baixo né, com baixa autoestima, depressiva, e no final de tudo

isso, de um três meses de trabalho, quatro meses de trabalho a pessoa vim me agradecer e você ver a melhora né. (P3)

Sim, me identifico pelo fato de, como eu já disse, você estar em contato direto com a comunidade, estar podendo fazer um trabalho de promoção da saúde, não é só você estar atento às psicopatologias já existentes, e, sim, buscar fazer um trabalho preventivo pra que não exista uma evolução maior do sofrimento psíquico, né, então eu gosto muito do trabalho de prevenção, me identifico bastante. (P6)

Perguntadas sobre as contribuições que pensam dar ao SUS e à Atenção Básica mais especificamente, encontrei uma série de elementos, desde aqueles relacionados a uma contribuição mais individual até uma ação mais voltada para a coletividade. Um dos pontos levantados diz respeito a conseguir realizar um trabalho de qualidade mesmo sem apoio algum da SMS.

A minha contribuição é aceitar trabalhar dentro dessas condições. Em ofertar, né... Em ofertar ainda desse pouco que eu recebo ainda de, de... investir no conhecimento para oferecer o melhor serviço, atender o mínimo do meu trabalho, sem apoio de nada. (P1)

Eu vou te falar assim, porque na verdade além de eu contribuir, o retorno que eles me dão é fantástico, eu acho que a contribuição maior que eu dou pra essas pessoas é a possibilidade delas serem ouvidas né, e de ter alguém que dê um retorno, de ter alguém que encaminha e acompanha, de ter alguém que faça uma escuta, de alguém que se importe com questões que talvez outros não se importassem. (P2)

Algumas alegaram uma contribuição direta ao usuário, principalmente com o acolhimento e a escuta.

... eu acho que a contribuição maior que eu dou pra essas pessoas é a possibilidade delas serem ouvidas né, e de ter alguém que dê um retorno, de ter alguém que encaminha e acompanha, de ter alguém que faça uma escuta, de alguém que se importe com questões que talvez outros não se importassem. Eu acho que a chave do NASF tá justamente aí né, porque as pessoas até então elas só tinham a unidade de saúde, pra vir pro dentista, vir pra o médico, vir pra o enfermeiro, e a escuta deles acabava acontecendo ali na recepção né, que acaba conversando, falando de um probleminha e de outro. Então eu acho que a contribuição, a minha e a do NASF, é justamente essa: possibilitar que essas pessoas possam falar, que possam pensar outras coisas, que possam ver outras formas de trabalhar né, ou de cuidar de um problema deles... Em relação à Psicologia eu acho que a questão é o acolhimento mesmo e a escuta né. (P2)

A sensação de contribuição pode se dar também na visualização do alcance de resultados concretos e na mudança na qualidade de vida das pessoas e da comunidade.

... eu acredito que eu contribuo muito né, pra comunidade, e contribuo muito pra secretaria de saúde, porque eu tento desenvolver um trabalho de prevenção, mas como a gente não consegue, então eu faço mais a intervenção. Então assim, no final das contas eu acho que eu contribuo porque eu tenho resultados né, eu tenho grupos com quatro anos, então essas pessoas me acompanham, pessoas que tinha é colesterol, diabetes, tudo descompensado né, insônias, então a gente faz um trabalho tão legal que no final, aquilo ali você vê resultado até no semblante da pessoa, do jeito que a pessoa entra na sala pra participar daquela atividade. Então, meu trabalho né, eu acredito que contribui, muito, principalmente pra comunidade, principalmente. (P3)

Outra psicóloga coloca sua contribuição no plano comunitário e na possibilidade de sua atuação transformar a visão dessa comunidade em relação ao alcance das ações da Psicologia no SUS.

... Então eu acredito que tenho dado contribuição importante sim, pelo fato de buscar mudar essa imagem... do psicólogo como um psicólogo clínico, como um profissional que atende uma pessoa que tem um transtorno mental e não faz mais nada além disso, e eu fico feliz por saber que as pessoas estão mudando essa visão. Mas eu tô buscando incentivar essa, essa imagem do psicólogo como próximo da comunidade, né... Essa, não seria fixação, seria mostrar que realmente existe, o psicólogo dentro do SUS ele é importante e que ele deve continuar inserido nesse contexto. (P6)

5.3 Adaptação: *modus operandi* do nasfiano

Alguns dos elementos bastante observados durante a vivência da etnografia e nas entrevistas realizadas - e que tem impacto direto e constante na realização das ações da Psicologia no NASF - foram os diferentes perfis das eSF apoiadas pelos nasfianos e dos territórios adstritos a elas. No mesmo município, apoiando 5 eSF (ou até 13 eSF, antes da padronização do número de USF pela SMS, como ocorreu no caso de algumas profissionais), as psicólogas se deparam muitas vezes com realidades bem diversas em termos do perfil epidemiológico, das características da população e da constituição profissional das eSF. Essa diversidade de perfis faz com que as psicólogas não possam definir *a priori*, quando adentram uma equipe NASF e também no planejamento a cada mês, quais são as ações a serem realizadas.

Não venho com receita pronta, como a secretaria de saúde queria no início, você tem que implantar em toda unidade um grupo de adolescente, grupo de idoso, grupo de hiperdia, não existe isso! Não existe isso! E também de saúde mental. Não existe isso! Claro, é uma realidade epidemiológica diferente, é uma área de abrangência diferente, tem unidade que é perigosa, tem unidade que não é, tem unidade que eu fico na porta, que eu chupo uma baga de jaca com a técnica na porta, tem unidade que eu fico lá dentro, lá no fundo rezando pra me proteger... Tem unidade que eu vou com notebook, tem unidade que não vou, tem unidade... (risos) Tem unidade que é doido de andar pro lado, tem unidade que é mais com relação à saúde mental... (P1)

Essas especificidades de cada local exigem destas profissionais flexibilidade no desenvolvimento de suas atividades, característica essa que foi inclusive destacada por elas como fundamental dentro de um perfil ideal para um psicólogo trabalhador do NASF.

Então é muito desafiador, porque você sabe que cada realidade tem de ser adaptada. Então não adianta, por exemplo, às vezes o que dá certo nesta unidade não é viável pra aquela outra, então tem que ser bem flexível o nosso cronograma. E isso no início foi desafiador, eles diziam: “E agora”? Parece que a gente está com menos e (com) mais trabalho... (risos), com menos e é mais desafiador... (P5)

Nesse sentido, foi relatado por todas as psicólogas que, antes da entrada de uma equipe NASF em alguma USF, é realizada uma investigação sobre o perfil da unidade e de sua eSF no sentido de traçar quais públicos atingir e quais ações desenvolver. Antes de tudo, é preciso considerar que muitas das ações previstas a partir desse perfil podem acontecer ou não.

Mas depende, tem equipe que demanda bastante, tem equipe que não tem muita atividade educativa, tem equipe que eu só atendo, tem equipe que eu atendo e faço atividades educativas, então depende. Então na verdade existem algumas atividades mais ou menos previstas e as outras vão surgindo a partir das situações que vão surgindo... depende da demanda de cada unidade, do perfil epidemiológico, do perfil de liderança da enfermeira, daqueles agentes comunitários, o comprometimento com o trabalho, tudo isso voga no perfil de atividade que a gente vai montar. (P1)

Assim, o processo de adaptação e flexibilidade é fundamental para o nasfiano, e muitas das ações avaliadas como relevantes para determinado público não acontecem ou acontecem apenas por um tempo. Isso é influenciado, como diz a psicóloga acima, muitas vezes pelas características da equipe de Saúde da Família atuante naquela USF. Se existir uma enfermeira e uma equipe de ACS que realmente dêem o suporte e o incentivo para a

realização das atividades, estas têm maior probabilidade de acontecer e ter continuidade no tempo.

Agora, nas unidades em que a gente tem apoio dos agentes comunitários, tem apoio do enfermeiro, a gente tem grupos fantásticos, que funcionam muito bem. A grande dificuldade é justamente quem tá perto da comunidade. Se a gente não tem esse vínculo, a gente não consegue chegar né, aí fica complicado. (P2)

Se esse e outros suportes (como os outros profissionais da Saúde da Família ou do NASF) não estão presentes, as psicólogas estarão conduzindo sozinhas aquelas ações, com uma grande probabilidade de que estas deixem de acontecer no futuro. Isso foi visto em muitos momentos na etnografia quando, por exemplo, um grupo de crianças, por falta de aviso e da desarticulação das ACS de determinada USF (neste caso, existia um boicote dessas ACS por disputa de poder na USF com os nasfianos), simplesmente deixou de existir. Assim, a articulação entre os trabalhadores das eSF e do NASF é fundamental e faz parte do cotidiano desses profissionais. Quando não há coesão e articulação entre seus trabalhos, a ação fica bastante fragilizada.

A análise da realidade deve ser constante, não apenas no início das atividades em uma determinada USF, mas também durante todo o transcorrer da atuação das psicólogas. Muitas vezes se prevê alguma ação baseando-se no sucesso dessa em uma USF, mas ela não acontece em outra unidade de saúde ou em determinada comunidade. Esta é uma dinâmica bastante presente em todas as equipes e profissionais com que estive em contato na etnografia: tudo é muito relativo e flui, ou não, a partir de “forças” ou lógicas que muitas vezes o profissional não entende no momento em que acontecem e que vão além do estímulo de determinados profissionais (tais como as enfermeiras ou os ACS) para que os usuários participem das atividades.

Percebi, em campo, que o não entendimento das “forças” onde se atua pode gerar uma sensação de incompetência profissional, e o “sucesso” ou “fracasso” de determinada ação é percebida como de inteira responsabilidade do nasfiano. Essas forças são variáveis presentes em determinada eSF ou USF e precisam ser continuamente avaliadas pelos psicólogos, podendo ser: o formato da atividade (se individual ou em grupo), o público a que era destinada a ação (criança, adolescente, adulto, mulher, idoso, etc.), a existência de “incentivo” para a participação na atividade (lanche, condicionante de participação em determinada atividade para o atendimento com o médico da USF, etc.), tempo de existência da atividade

(em grupo, era comum que nas primeiras reuniões as pessoas aparecessem em maior número e também estivessem mais motivadas em continuar participando), etc.

Sobre estes aspectos, muitas vezes me vinham ao pensamento as seguintes reflexões: como avaliar o sucesso de determinada ação?; como avaliar se ela teve seu impacto efetivo?; qual o número mínimo de participantes de uma atividade em grupo para que o profissional entenda que o grupo está “funcionando”?; a participação de dois usuários em uma atividade constitui um grupo para esse profissional e justifica a continuidade da ação? Apesar de não ter “ouvido” nenhuma dessas perguntas diretamente das profissionais, era como se elas as estivessem fazendo e, de certa forma, se sentindo frustradas por não saberem as respostas. Entendo que a reflexão a fazer incide sobre a necessidade de um processo de avaliação das ações no NASF o qual não existe na prática, com critérios objetivos e claros. O que existe é uma avaliação subjetiva a partir de cada profissional ou equipe e a partir dessa avaliação é que se planeja a continuidade ou não de determinada ação.

5.4 O impacto do percurso formativo na vivência do NASF

Um dos objetivos específicos desta pesquisa foi entender de que maneira a formação profissional adquirida durante a graduação em Psicologia poderia ter impacto nas ações desenvolvidas por estes profissionais nos NASF. Eu estava interessado em descobrir se essa formação teria facilitado ou não a entrada e trabalho cotidiano no NASF, dando subsídios teórico-práticos para essa inserção. Como a discussão demonstrará abaixo, o entendimento sobre o que significa o percurso formativo foi muito além da graduação e contemplou as formações/capacitações realizadas depois da graduação, além da prática profissional propriamente dita.

Entendo que o profissional faz um percurso, em que a graduação é o primeiro passo de sua formação, mas não o último. O profissional realmente comprometido com sua prática e com seu público de atuação vai se dedicar ao estudo da Psicologia e às áreas correlatas para o resto da vida, considerando que o conhecimento vai se ampliando e modificando no decorrer do tempo e que é impossível qualquer graduação contemplar tantas possibilidades de informação e prática possíveis de uma categoria profissional.

Além disso, pelo que vi na etnografia, as psicólogas tiveram que ampliar seu escopo de interesse e conhecimento, estudando e buscando informações não apenas na Psicologia,

mas se colocando abertas para tudo o que era relevante para o desenvolvimento de suas atividades. Assim, dependendo da ação que estivessem desenvolvendo, elas buscavam conhecimentos de certa forma mais “próprios” de uma formação em Medicina, Enfermagem, ou mesmo da Odontologia. Esta questão está relacionada à diferença entre os conceitos de *campo* e *núcleo* na perspectiva da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000), em que o *núcleo* se refere à especificidade de uma categoria profissional, enquanto o *campo* de atuação se dá na prática da saúde coletiva, no SUS, cenário no qual os profissionais e os saberes se misturam e em que o foco primordial é o usuário, onde todos os conhecimentos e práticas são igualmente importantes no desenvolvimento de um cuidado ampliado e sistemático.

Quando perguntadas sobre se acreditavam que suas graduações tinham lhe dado uma formação suficiente para subsidiar sua atuação no NASF, houve uma série de respostas conflitantes. Duas psicólogas afirmaram que suas graduações tinham contemplado as principais possibilidades de atuação da Psicologia e as tinha preparado para atuar no NASF, enquanto as demais falavam de uma desconexão parcial ou mesmo total entre o visto na graduação e o vivenciado na prática profissional. Nesse sentido, afirmam que suas graduações não as prepararam para o trabalho no NASF.

Olha só, eu já tenho de formada um bom tempo. Vinte anos... Não se falava em políticas públicas naquela época... A formação foi muito boa, muito boa. Eu acho assim excelente. Mas totalmente clínica. Entendeu? A visão social era muito pouco. Era algo que ainda não se falava muito naquela época... então eu sai sem nenhuma capacitação pra tá me inserindo nesse trabalho, eu vou ser sincera a você e lhe digo, que realmente eu não tive capacitação nenhuma, não sei como é que tá hoje essa grade da, da Psicologia, se eles tão voltados né. Antigamente a gente mal ouvia falar em SUS na graduação, pra ser bem sincera eu mal ouvi falar em SUS, pouco uma disciplina ou duas disciplinas que falaram, falou em publica, SUS, nada mais. Então eu acredito que quem não buscou, porque tem isso né, o interesse de buscar, não saiu capacitado. (P4)

P4 terminou sua graduação em 1994, em um momento histórico em que, além do SUS ainda estar no seu início de implantação no Brasil, poucos cursos de graduação estavam antenados em relação aos princípios e às novas posturas profissionais postuladas pela nova política (DIMENSTEIN, 1998; OLIVEIRA *et. al.*, 2004).

Não, não vemos no curso de Psicologia, não sabemos que nós vamos nos deparar com uma estrutura onde demande um conhecimento além daquele que nós vimos na faculdade. (P6)

Nesta fala, percebemos que a psicóloga admite que sua graduação não a preparou para enfrentar uma realidade, tanto social quanto estrutural, muito diferente daquela que ela imaginava. Ainda outra psicóloga fala sobre essa sensação de despreparo para a realidade do NASF:

Não, pelo menos do tempo que eu tô, como eu formei em 2007 não, a gente não tinha preparação nenhuma pra isso. Eu voltei meu curso todo pra organizacional, pra aplicação de testes né, então eu saí sem nenhuma capacitação pra tá me inserindo nesse trabalho, eu vou ser sincera, que realmente eu não tive capacitação nenhuma... (P3)

Entre aquelas que afirmaram que sua graduação tinha lhes dado formação suficiente para esta inserção, encontramos respostas que indicam o aparecimento de disciplinas/estágios e/ou discussões transversais sobre o SUS ocorridas durante o curso de graduação. No que diz respeito às disciplinas/estágios cursados, temos respostas como:

...(minha graduação) explorou as abordagens clínicas, explorou as áreas específicas, organizacional, a questão... aí né, a gente já em semestre avançado, já no sexto, já no sétimo, já escolhia mais ou menos, já começava a se empenhar com os professores e nos estágios e também nos trabalhos, tínhamos essa oportunidade mesmo e.... diante disso explorar as políticas específicas de saúde... (P1)

Muitas vezes o aluno não se sente contemplado em seus interesses sobre o SUS e busca dentro da graduação (a partir da orientação com os docentes) e também a partir de vivências e formações fora da graduação.

A minha graduação me deu (uma formação suficiente) porque eu busquei na minha graduação. E eu acredito que toda graduação ela é assim: ela não vai te dar literalmente tudo, ela vai te dar os caminhos. Se você desejar, se lance e corra atrás né... mas eu acredito que eu tive profissionais incríveis, que me direcionaram muito... (P5)

Destacam-se em algumas das falas, no que diz respeito às disciplinas específicas que tenham dado uma contribuição significativa na atuação prática das profissionais, as disciplinas de *saúde coletiva* ou *saúde pública* (dependendo de cada matriz curricular). Nas graduações nas quais essas disciplinas não foram ofertadas diretamente na matriz curricular, as psicólogas destacam algumas discussões transversais sobre o SUS, Saúde Pública e Saúde Coletiva de modo específico, e sobre as políticas públicas de forma geral, que ocorreram nas

seguintes disciplinas (levando em consideração a frequência de aparecimento nas entrevistas, do maior número de ocorrências para o menor): *Psicologia Social, Novas Práticas em Psicologia, Psicologia Comunitária, Psicologia Forense, Psicologia Hospitalar, Psicopatologia, Ética Profissional e Uso abusivo de álcool e outras drogas*.

Em contrapartida, mesmo levando em consideração estas disciplinas e/ou discussões, elas indicam que estas não foram suficientes para dar uma formação com qualidade para a inserção no NASF. Ou seja, mesmo aquelas respostas que consideraram algumas disciplinas e/ou discussões como contribuições positivas na sua atuação no NASF, relativizaram esta importância num escopo limitado.

O relato de maior ênfase sobre o processo formativo na graduação é dado nos estágios e vivências práticas durante a graduação, entendidos como elementos diferenciais na formação para atuar no SUS, ocorridos principalmente no final do curso de Psicologia:

Na verdade é... eu até tive sorte porque como a gente estava muito vinculado à saúde, estar numa unidade de saúde já fazia parte do nosso processo .. nosso primeiro estágio supervisionado foi num posto de saúde... Mas a gente teve essa possibilidade, não era o trabalho como acontece no NASF né, mas foi a possibilidade da gente saber como chegar na comunidade, como falar né, como estar ali, como entrar na casa de alguém, então isso ajudou, eu lembro muito bem disso... a gente acabava tendo essa relação de poder falar com a comunidade, na verdade era mais escuta do que falar, porque a gente não tinha nem voz direito, era muito mais escuta, mas eu observava muito, eu via a forma da gente poder falar de forma clara com a comunidade. (P2)

Para P2, esse estágio garantiu o alcance de habilidades que hoje a profissional percebe como importantes para seu trabalho no NASF: saber como falar com a comunidade, saber como realizar uma visita domiciliar, saber escutar o outro em seu próprio contexto. P2, quando perguntada sobre quais disciplinas subsidiaram sua atuação no NASF, teve uma visível dificuldade em lembrar quais seriam essas disciplinas, afirmando que a ênfase de seu curso era na área da saúde e que o estágio citado acima tinha sido de fato um elemento importante em sua formação e que a ajudou em sua inserção no NASF. Outra psicóloga destaca ainda:

... eu tive a felicidade de ainda na universidade, na faculdade, ainda quando (a proposta do MS) era ENASF se não me engano, não era NASF, primeiro era 2008... 2007... Assim que acabou de ser sancionada tinha uma pessoa eu tive... tinha uma professora ... de políticas de saúde que ela... trouxe essa novidade e eu achei bacana... porque transcende a questão da psicologia... (P1)

Dessa forma, a prática desenvolvida nos estágios, principalmente aqueles envolvidos mais diretamente com o campo da saúde pública/saúde coletiva, se configura como uma experiência que subsidia a atuação no NASF pelo relato destas psicólogas.

Apesar de considerar nesta pesquisa como foco da formação profissional os conhecimentos e vivências ocorridos durante a graduação, me surpreendeu o fato de que, mesmo não tendo ocorrido uma série de disciplinas e vivências (ou que não tenham acontecido de forma plena, da maneira como foi avaliada por algumas das participantes), o processo formativo é referido por estas profissionais como acontecendo de maneira expressiva após a conclusão do curso de Psicologia, seja em cursos de pós-graduação e outras capacitações/formações, ou mesmo na inserção profissional em outras políticas públicas.

... eu acho que o que me fez, o que eu sou dentro do NASF foi o trabalho que eu já vinha realizando. Por exemplo, quando eu me formei, automaticamente comecei a trabalhar no CREAS, no (projeto) Sentinela, que antes a gente chamava de Sentinela, e pra mim a minha formação, mesmo, foi o Sentinela, porque eu me formei de 20 de Agosto e dia 21 de Agosto eu estava trabalhando no Sentinela né. E assim, além de ter sido um trabalho muito intenso, porque na época o Sentinela era só vítima de violência sexual... No CAPS já não fazia isso, no CAPS... a demanda era completamente diferente, o olhar era totalmente diferente, o trabalho era totalmente diferente, mas foi o CREAS, se eu disser que foi a faculdade que me permitiu isso, não. (P2)

Durante o curso de Psicologia, P6 relata que teve discussões em disciplinas e experiências de estágio que trouxeram ganhos importantes para sua atuação no NASF. Todavia, foram principalmente suas inserções em outras políticas públicas que deram uma base fundamental para sua atuação atual.

... eu percebo uma união de dois fatores: tanto a graduação quanto as experiências anteriores que eu tive de CRAS, CREAS, CRM é, como se fosse assim, eu acredito que se eu tivesse chegado no NASF com a experiência apenas da graduação eu teria mais dificuldades do que a experiência prática que eu tive. Então eu vejo uma contribuição dos dois lados. Eu acho como se fosse assim, eu cheguei ao NASF no momento certo. Eu poderia ter mais dificuldade se eu tivesse entrado no NASF como um primeiro emprego. Eu poderia estar com essa visão que a gente tem do psicólogo de atendimento, de estar cumprindo aquele papel pré-estabelecido e pronto, né, não estar buscando mudar, não estar buscando estudar mais... (P6)

Este caso é emblemático no sentido de que, como mencionei anteriormente, o perfil profissional daqueles que entram nas políticas públicas em geral (e também no SUS) é de um

recém-formado, com pouca ou nenhuma experiência e sem pós-graduação (SPINK, 2007; CREPOP, 2010; DIMENSTEIN, 2011; FERREIRA NETO, 2011).

Neste percurso formativo realizado após o término da graduação, a aprendizagem de conhecimentos, técnicas e habilidades se dá também na prática diária no NASF e na busca pessoal por conhecimento. Este dado também foi encontrado na pesquisa realizada por Azevedo e Kind (2013), quando descobriram que profissionais do NASF buscam de maneira informal conteúdos que possam subsidiar suas práticas nesta política.

Mas eu vou dizer a você que o trabalho do NASF é uma coisa que a gente ainda vai descobrindo, a gente não tinha nada pronto né, a gente vai descobrindo... eu fui desenvolvendo, a gente foi desenvolvendo junto, quando sentia dificuldade eu buscava sempre apoio do pessoal da Secretaria de saúde, e com minha equipe mesmo, a gente as vezes pegava aqui, vamos pegar aqui o manual e ver como é que faz tal grupo, que a gente pode estar desenvolvendo, e assim a gente foi desenvolvendo, mas não tinha nada muito, muito formado, explicando aquele manual certinho... mas a gente aprende muito na prática né, quebrando a cabeça mesmo, como é que faz, pesquisa algumas coisas na internet de outros NASF's, que tem alguns outros NASF até mais desenvolvidos. (P3)

Preparação e habilidades essas que não podem ser totalmente padronizadas e pasteurizadas, fazendo com que a criatividade do profissional seja amordaçada e controlada. A prática e a realidade de cada sujeito, grupo ou mesmo comunidade vai ser específica, exigindo do profissional um olhar aguçado para desenvolver suas ações a partir das demandas variadas. Qualquer portaria ou legislação pode até lançar bases, dar indicadores e caminhos teórico-técnicos para a ação, mas não pode engessar o profissional e impedir o desenvolvimento de um olhar sensível sobre a realidade sócio-política-psicológica do território no qual se encontra.

Entendo que analisar o percurso formativo vivenciado em uma graduação é complexo, considerando a diversidade das matrizes curriculares e das propostas político-pedagógicas (GUARESCHI et. al., 2010) de cada um dos cursos de Psicologia a ser apreciado, já que, no caso desta pesquisa, foram 6 profissionais que se formaram em cursos de Psicologia diferentes. Todavia, podemos fazer uma apreciação objetiva (analisando a matriz curricular de cada curso de graduação), mas também uma análise a partir de uma apreciação subjetiva (como os profissionais que viveram essa matriz a percebem). Foquei minha análise na apreciação subjetiva das participantes sobre suas graduações, o que, é claro, não esgota as possibilidades de compreensão do fenômeno e demanda pesquisas mais aprofundadas.

Nos casos que aqui me interessa analisar - os cursos de graduação em Psicologia nos quais as psicólogas pesquisadas fizeram suas graduações -, cabem algumas colocações (ainda que não conclusivas e levando em consideração a apreciação subjetiva dessas profissionais). A primeira delas é que, a partir das falas das profissionais, tanto nas entrevistas como na etnografia, pude compreender que a maior parte delas não considera que suas graduações as prepararam adequadamente para sua atual inserção nos NASF. Mesmo com algumas experiências, vivências ou discussões sobre o SUS, não percebi uma formação consistente com as novas concepções de saúde e de assistência e com as discussões desenvolvidas no campo da Saúde Coletiva, sendo ainda predominantemente desenvolvido nas graduações um *olhar* mais voltado para uma clínica individual (mesmo que os estágios não fossem apenas clínicos), com alguns relances (vividos nos estágios supervisionados e nas experiências de final de curso) de um *olhar* diferenciado e mais amplo em relação à saúde.

Outro aspecto que precisa ser considerado é que sei “por dentro”, enquanto docente na época, como funcionavam dois dos cursos nos quais as psicólogas P5 e P6 realizaram sua graduação. Nestas graduações e nas matrizes curriculares vigentes, existia boa vontade da coordenação e dos professores, mas as disciplinas e a forma como os cursos estavam organizados reproduziam parcialmente o modelo biomédico de formação em Psicologia. Concordo, então, com estas psicólogas, quando afirmam que existiam discussões, vivências e disciplinas nas quais se discutiam o SUS e novos modos de exercer um cuidado em saúde. Todavia, essas discussões e práticas eram pontuais e realizadas exclusivamente pelos docentes com interesse ou inserção na área das políticas públicas e no SUS.

Devo deixar claro que não entendo que essas novas concepções impregnadas e desenvolvidas nas matrizes curriculares deverão preparar os profissionais “apenas” para o exercício profissional no âmbito do SUS ou de qualquer outra política pública, tanto no setor Saúde como em qualquer outro setor. A questão aqui não é apenas a respeito do *locus* de atuação, mas sobre as inúmeras possibilidades de redefinição de um novo modo de se fazer e atuar na Psicologia, que inclui o SUS, mas não se esgota nele.

Diversas discussões na literatura (GUARESCHI, 2010; MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2010; OLIVEIRA, 2004; DIMENSTEIN, 2011; HADDAD, 2006) destacam o descompasso histórico entre as práticas e teorias psicológicas tradicionais e a necessidade da Psicologia atuar no âmbito da saúde como um dispositivo de produção de modos de subjetivação a partir da nova concepção de saúde proposta pelo SUS. Não só as práticas, mas a discussão profunda e ampliada sobre a saúde esteve afastada da maior parte das teorias e práticas da Psicologia desde seu surgimento, preferindo esta, assim como a Medicina e outras

profissões da saúde atuantes a partir do modelo biomédico (GUARESCHI *et. al.*, 2010), focar sua atenção na patologia e não considerar os aspectos de qualidade de vida e saúde como muito mais do que a mera ausência de uma doença.

Mesmo entendendo que a graduação não esgota o processo formativo do profissional, penso (inclusive como docente e a partir de vários relatos de ex-alunos) que a graduação lança bases importantes para o futuro profissional e, pelo menos parcialmente, influencia no seu perfil e na sua forma de atuação (GUARESCHI *et. al.*, 2010). É por essa razão que muitas pesquisas e análises sobre a formação em Psicologia são realizadas no escrutínio dos conhecimentos e práticas desenvolvidos nas graduações.

Fato é também que, levando em consideração o número cada vez maior de espaços para os psicólogos no SUS, fica premente a necessidade de uma rearticulação dos currículos para uma inserção mais afinada com seus princípios (HADDAD, 2006), o que já vem acontecendo de forma incisiva nas últimas diretrizes curriculares para os cursos de Psicologia (BRASIL, 2004; 2011).

Analisar os impactos dessas mudanças é uma tarefa instigante e necessária, pois nos faz refletir até que ponto essas matrizes conseguiram absorver as novas concepções de saúde e de assistência que a implantação do SUS trouxe. Até que ponto os cursos de Psicologia passaram a operar a partir dessa lógica, focando não apenas no aspecto da assistência, mas podendo lidar com os aspectos da promoção, proteção e recuperação da saúde? (GUARESCHI, 2010). Até onde houve de fato a incorporação dos princípios e diretrizes que o SUS propõe para que os profissionais lidem com a saúde como um conceito ampliado e não foquem apenas na patologia, diagnosticando e tratando as doenças/transtornos psíquicos? Os cursos de formação em Psicologia estão discutindo e colocando em prática novas concepções e estratégias do *cuidado* em saúde discutido no *campo* da Saúde Coletiva e por profissionais que em seu cotidiano nos serviços de saúde ultrapassam as barreiras de uma prática biomédica?

Este intento exigirá que as matrizes curriculares, mas, principalmente, os docentes em Psicologia incorporem este conceito de saúde, a sua implicação concreta na ampliação dos direitos do cidadão e na promoção da qualidade e das condições de vida, entendendo a saúde como um dispositivo que pode criar outros modos de subjetivação (FOUCAULT, 1999). Dessa forma, a Psicologia pode (e em alguns casos isso já é uma realidade), se tornar uma aliada mais efetiva na luta pela melhoria e aprofundamento do SUS, luta essa encampada principalmente pelo movimento sanitário, desenvolvendo a grande área da Saúde Coletiva.

É nesse sentido que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde e para a Psicologia (BRASIL, 2004; 2011) foram elaboradas em parceria com os conselhos das classes profissionais e através de uma ampla participação e debate de várias profissões da saúde, estabelecendo uma série de parâmetros de formação com foco na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde.

Mas a mudança no conceito de uma formação profissional, assim como uma mudança em algum elemento cultural, é um processo lento, que vai ocorrer de forma paulatina. Entendo que é isso o que vem ocorrendo nos últimos anos em relação à mudança de concepção do processo formativo nos cursos de graduação em Psicologia. Entretanto, tal mudança não pode acontecer apenas no papel, através da elaboração de matrizes curriculares conectadas com o SUS e com um compromisso social e político dos profissionais da Psicologia com toda a população brasileira, principalmente os mais desfavorecidos economicamente. As bases dessa mudança foram lançadas e o processo está em curso, sendo necessário também que mudem as concepções dos docentes que receberam a formação anterior e que não necessariamente acham que as transformações são importantes, ou estão abertos para isso. Mudar a matriz é fundamental, mas a matriz de pensamento e de visão de mundo dos docentes dos cursos de Psicologia no Brasil também precisa ser mudada.

Dessa forma, pensar o currículo ou a matriz curricular é pensar também a academia como espaço de circulação de poderes e saberes: territórios de produção e disseminação de políticas de identidade, repassando uma cultura muito particular aos profissionais em formação. O currículo é, assim, uma prática cultural, uma prática de significados direcionada de forma consciente por aqueles que a utilizam (COSTA, 1999).

5.5 Precarização dos processos de trabalho no NASF

Desde a concepção desta pesquisa, entendia que era necessário visualizar as ações desenvolvidas pelos psicólogos nos NASF contemplando suas descobertas, potencialidades, desafios, realizações e a influência da formação nesse processo. Por ser uma política nova, implantada apenas a partir de 2008, temos poucas investigações ainda sobre essas ações e sobre o impacto das mesmas na formação do psicólogo e nas inovações possíveis na prática deste profissional, considerando ainda que o NASF não tem ainda um lastro de ação histórica bem desenvolvido e que a Psicologia se insere de forma sistemática e quantitativa na Atenção Básica a partir de 2008.

Essa inserção tem gerado uma série de dúvidas nos profissionais: quais as possibilidades de ação, quais os desafios, quais as facilidades e dificuldades que poderão encontrar ao trabalhar neste âmbito? Considerando o pouco tempo de existência do NASF e as dificuldades históricas da Psicologia se inserir no SUS, encontramos no município pesquisado uma série de dificuldades e desafios no que diz respeito às condições e aos processos de trabalho, tendo estes grande impacto no exercício profissional destas psicólogas.

Sabe-se que o trabalho assume uma dimensão fundante da subjetividade humana. Na relação com o mundo do trabalho, para que o profissional se sinta motivado é importante, entre tantos outros aspectos, uma boa remuneração, boas condições de trabalho, sentir-se valorizado, útil, e ter também identificação com a atividade que desenvolve. Essas dimensões são importantes para que o trabalhador consiga enfrentar as dificuldades que se apresentam em seu cotidiano.

Numa situação como a que vivem os trabalhadores do NASF, sentir-se motivado para o trabalho pode fazer toda a diferença frente a uma política que se pressupõe inovadora e cheia de desafios. Esses desafios e adversidades são os mais variados, incluindo a forma de contratação, a estrutura para desenvolver as atividades, a relação entre os profissionais, entre outros aspectos. Vários destes aspectos são descritos na literatura como *processos de trabalho*.

Os processos de trabalho, e aqui o que nos interessa, os *processos de trabalho em saúde* (MENDES GONÇALVES, 1994; PEDUZZI, 2003) têm sido considerados uma categoria interpretativa importante nas análises sobre os recursos humanos em saúde (NOGUEIRA, 2002). Na atualidade, esta categoria é utilizada nas investigações dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde. Estas questões abordam desde as mudanças do mundo do trabalho que se iniciam em meados dos anos 1970 e suas repercussões no setor saúde⁴⁰, tais como a crescente incorporação da tecnologia no campo do trabalho, o desemprego estrutural, a flexibilização e precarização do trabalho, fenômenos esses implicados no mundo do trabalho em geral e que se reproduzem no setor saúde com especificidades (NOGUEIRA, op.cit.; ANTUNES, 1995).

A categoria processo de trabalho em saúde fala do cotidiano trabalho em saúde, das práticas diárias dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos nos diversos serviços. É nesse sentido que podemos entender uma série de aspectos que surgiram no decorrer desta

⁴⁰ Nos anos 1970 e 1980 as pesquisas eram mais voltadas para o estudo dos profissionais da medicina, tendo depois se irradiado para o estudo das outras profissões da saúde (MENDES GONÇALVES, 1992).

pesquisa e que foram relevantes para entender os impactos subjetivos dos processos de trabalho na vida cotidiana das psicólogas pesquisadas.

No decorrer do processo histórico de descentralização do SUS, uma das dificuldades cada vez mais apontada por especialistas é a crescente precarização dos vínculos trabalhistas e das condições de trabalho dos profissionais de saúde, vivenciada principalmente na Atenção Básica. Esta temática tem sido uma preocupação de pesquisadores e de uma série de atores sociais e órgãos governamentais. Em uma área considerada essencial, como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, consequentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população.

O conceito da precarização do trabalho é polissêmico e implica uma série de fatores. Kalleberg (2009) indica que é um trabalho incerto e imprevisível, no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelos trabalhadores, ao invés dos empregadores ou governo. Alguns autores (CORREIA; PRÉDES, 2009; BORSOI, 2011) analisam que a precarização é um fenômeno ocasionado em grande parte em decorrência das intensas modificações no papel do Estado e das políticas sociais vividas no ocidente. Antunes (1995) indica que a precarização do trabalho contemporânea tem suas bases a partir da década de 1970, resultado da reestruturação produtiva do capital, proveniente da mudança de uma organização taylorista-fordista da produção para uma organização toyotista, que estimula a adoção de vínculos de trabalho mais flexíveis (da perspectiva do empregador) e mais precários (da perspectiva do trabalhador).

No caso brasileiro, a precarização do trabalho de forma geral e no setor saúde em particular vai se intensificar a partir da Reforma do Estado ocorrida nos anos 1990 e que, fundamentada no ideário neoliberal, vai objetivar diminuir o tamanho e o papel do Estado, propondo uma série de flexibilizações dos vínculos trabalhistas e de desregulamentações da legislação que garante direitos aos trabalhadores.

O Ministério da Saúde do Brasil (2006b) entende o trabalho precário como aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e realizado na ausência dos direitos trabalhistas, o que indica que o trabalhador está desprovido da devida cobertura das normas legais trabalhistas. Dessa forma, não tem os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, incluindo entre outros aspectos a aposentadoria, o gozo de férias, o décimo terceiro salário e os diversos tipos de licenças remuneradas. Além disso, no caso da administração pública, entende-se como precário o trabalho realizado com a ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no

SUS. Encontram-se aqui precarizados os trabalhadores contratados por órgão público através de vínculo temporário ou informal e trabalhadores contratados por entidades terceirizadas, tais como cooperativas.

Além desses aspectos, no âmbito específico da saúde, a precarização envolve também as precárias condições físicas e materiais das unidades de saúde, a ausência de garantias para a segurança dos trabalhadores, a necessidade da manutenção de múltiplos vínculos além do SUS com o objetivo de complementação de renda, a baixa remuneração, as inúmeras fragilidades das gestões municipais no tocante a uma gestão do trabalho de forma não profissional, entre outros aspectos (CAVALCANTE; PRÉDES, 2010). Dessa forma, percebemos que a precarização impacta não só os trabalhadores da saúde, mas é na atualidade um dos fatores que mais impedem o desenvolvimento qualitativo do SUS como um todo (BRASIL, 2006) a partir do momento em que impede o prosseguimento qualitativo dos serviços prestados e a continuidade dos profissionais nos serviços de saúde. A Atenção Básica e a ESF em especial sofrem com esse processo de precarização, mais até do que outros níveis de atenção do SUS, principalmente na região nordeste do Brasil (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Nas descobertas da pesquisa que embasa esta tese estão presentes todos os elementos que compõem a descrição do conceito da precarização do trabalho. Este aspecto da precarização, inclusive, foi uma das descobertas mais contundentes desta pesquisa e endossam outras descobertas realizadas em outras regiões do país (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2013; CAVALCANTE; LIMA, 2013; SILVEIRA, 2010), indicando o estado problemático, caótico e clientelista no qual a ESF se encontra na atualidade.

No início deste capítulo tratei de alguns elementos que envolvem o processo de trabalho das psicólogas pesquisadas e que dizem respeito a uma intensa precarização das relações trabalhistas vivenciadas por elas: forma de inserção sem concurso público; precariedade do vínculo de trabalho; baixo salário, dentre outros. A precarização do trabalho se inicia com a forma de contratação dos profissionais da saúde. Sobre este aspecto, uma das psicólogas comenta:

Somos cooperados e o meu contrato é por tempo indeterminado. ... Já disse que, na verdade não é cooperado nada, porque eu não... eu não tramito nada, não transito em nada na cooperativa e não recebo nenhuma das benesses que deveriam ser contempladas para quem é cooperado. É só uma instância para dividir a fatia do bolo. (P1)

Não existe concurso público para a contratação de psicólogos no município e isso implica a vinculação com uma cooperativa de trabalhadores da saúde, contratada a partir de licitação pública realizada pela prefeitura municipal. Entretanto essa cooperativa, pela própria configuração jurídica desse tipo de organização social, não assina formalmente a carteira de trabalho de nenhum trabalhador do NASF. Este fato implica em uma enorme precarização do trabalho, pela qual os profissionais não têm férias, décimo terceiro salário, FGTS ou qualquer outro direito garantido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Apesar do amparo legal deste tipo de contratação (BRASIL, 1971; 2012), vemos que, na vida real, esse tipo de vinculação é meramente burocrático e não contempla as formas democráticas e participativas que os cooperados deveriam ter em uma cooperativa. Não existe qualquer tipo de participação em assembleia ou mesmo na definição dos rumos e das formas como os valores arrecadados serão empregados para o benefício dos cooperados.

Infelizmente, essa é uma prática bastante comum não só neste município, mas em vários outros desta região. Sob o artifício da legalidade, são contratadas organizações sociais, cooperativas, institutos (entre outras categorias jurídicas) que retiram do trabalhador qualquer segurança de permanência e de inserção de forma justa nos serviços de saúde do SUS. As contratações se dão via indicações políticas: *“Então por conta disso, acordos vão sendo feitos...”* (P1) e esses profissionais podem ser desligados a qualquer tempo, ao sabor das mudanças dos gestores municipais e dos conchavos de interesse que se desenvolvem de tempos em tempos. Muitas das psicólogas alegaram inclusive, por conta deste tipo de contratação, se sentirem descartáveis pela SMS, da qual, a qualquer momento, podem ser desligadas.

Elas alegavam que, para resolver tal problemática e para que houvesse segurança em suas vinculações, a solução seria a realização de concurso público para o preenchimento das vagas do SUS no município, mas imaginam essa possibilidade como muito distante, levando em consideração o espaço de manipulação política historicamente enraizada em tal prática. Mas admitem que, mesmo que houvesse concurso público, muito provavelmente a gestão municipal daria um “jeitinho” para fraudar e inserir os seus apadrinhados políticos. Além do que, um concurso com provas apenas objetivo-teóricas (como a maioria dos que acontecem na região) não iria selecionar profissionais com o “perfil” profissional que estas psicólogas entendem ser o mais “adequado” para a atuação de um profissional da Psicologia no NASF.

Como forma de amenizar este quadro de precarização, estas psicólogas “sonham” com uma vinculação formal embasada na legislação trabalhista do Brasil e com todos os direitos e garantias assegurados aos trabalhadores; sonham com uma “carteira assinada”.

Eu vou ser sincera, carteira assinada pra mim seria um sonho né, mas isso não vai acontecer, nunca aconteceu, trabalhei em outros serviços também não acontecia, agora antes eu tinha um contrato né. ... A cooperativa ela já dá essa quebra né, aí você vem e aí te ligam, porque assim que eu sei que acontece, ligam e você tá desvinculado e aí “pum”, mão na frente e mão atrás e tchau e beijo, entendeu? ... Quando você tem um contrato né, de prestação de serviço, você se sente mais seguro naquele serviço que você tá executando, porque é muito difícil... (P2)

Mesmo recebendo proventos salariais maiores do que os demais psicólogos de outras políticas públicas no município (em função principalmente de verba específica para esses trabalhadores, proveniente do MS), pude perceber, com estas psicólogas, um quadro psicossocial crítico, considerando as condições de estresse a que estão submetidas. Em geral, as falas mostram a iminência do término do contrato de trabalho como principal fonte de tensão, com a sensação generalizada de impotência em relação a este fato.

... (sobre a possibilidade de perder o vínculo) desvencilhar sem nada que te dá esse suporte, entendeu, seguro-desemprego, nada... então é muito difícil pro profissional, né, ele dá o coração, mas não tem nenhum suporte em relação a isso. (P5)

A lógica deste tipo de vínculo é a contratação de profissionais inexperientes e recém-egressos dos cursos de graduação em Psicologia, que acabam se submetendo a condições bastante precárias em termos trabalhistas e, por questões de sobrevivência, não lutam por melhores condições de trabalho.

... é o que acontece na Saúde. Sempre pegando recém-formado e inexperiente... e doutrina, vamos dizer assim, ele sai. Por conta da precarização. Não segura o profissional, né? Não segura o profissional, igual a do Estado, não segura! Porque ele já vai pra academia, vai pra outras instâncias, ele passa num concurso, ele vai pra fora, e aí fica sempre naquela, trabalha sempre raso, raso, raso, raso. Então por conta disso vai-se tentando na gestão, no dia-a-dia vai tentando fazer essas concessões pra poder segurar os profissionais. E isso atinge todos os profissionais... eu falo que é da Saúde mas eu sei que é das outras áreas também, educação, tudo, mas todos os profissionais da saúde. (P1)

A vinculação informal e precária acaba acarretando nelas uma série de impactos físicos e psíquicos que interferem na realização de suas atividades. Foram relatados inúmeros casos de *stress* e processos de somatização (dores de cabeça, vômitos, febres, etc.).

... Eu acordo vomitando, eu durmo com dor de cabeça, eu tenho medo de amanhã simplesmente receber uma ligação: não quero mais. Aí a gente já vai pensando em outras coisas, mas e aí o quê? ... E eu sei que não depende do trabalho. Então é assim... tipo, eu tô super me esforçando, mas não é isso que vai me dar garantia de ficar, entendeu? Porque existem enfermeiros fantásticos que não estão mais aqui conosco. ... Se toca o telefone da secretaria o coração já bum, bum, bum, bum, bum, acelera. (P2)

De fato, a sensação esboçada por estas profissionais é de que o esforço e a dedicação com o trabalho no NASF não garantem a permanência em sua posição.

Até porque, uma das coisas que eu já ouvi muito desde o dia em que eu entrei aqui é: “Como você não sabe até quando você vai estar...”, muitos se queixam de “eu dei a minha alma, dei minha, dei meu tudo, pegava meu carro (que era o nosso caso...), ia pra (porque não tinha carro... a Secretaria não disponibilizava o carro), então queria que a gente fosse pra zona rural, não disponibilizava carro, a gente ia no nosso carro, se batesse o carro ninguém ia fazer nada, se a gente fosse sequestrado ninguém ia pagar resgate nenhum (risos), qualquer coisa que acontecesse era por nossa conta e, quando por exemplo a gente era retirado, era retirado de forma abrupta, sem nenhum suporte financeiro e sem nenhum suporte psicológico, nenhum...”, eu via uma frustração de alguns profissionais que foram e... é, foram retirados de forma abrupta e conseguiram depois, por questões políticas, retornarem na mesma semana. (P5)

Porque a gente sabe que para a gestão não importa muito se você está contribuindo ou não, porque o trabalho... no final das contas, só é mais um que tá ali na receita e pronto, se você fez ou se você não fez, e se seu político quer que você fique, você vai ficar. (P3)

Com isso o nível de satisfação com o trabalho também fica bastante comprometido:

Então, isso atrapalha na satisfação do trabalho, você né, chega final de ano você quer um décimo terceiro não tem, você quer um mês de férias você não tem, então isso assim atrapalha um pouco o processo. (P3)

Além disso, essas profissionais não se sentem valorizadas pela gestão.

O profissional faz o que pode, a gente se acaba pra fazer o que pode. Essa conversa de que manguêia, que profissional da saúde... a gente faz... tem muitas questões que a gente faz, as benesses que a gente faz, mas o que a gente faz é muito mais diante da contrapartida que eu recebo. De tudo, de apoio, de financeiro, de meu salário, de tudo. É... a questão é política mesmo. Os políticos é que tem que, né? Com que a política, com que o programa se afirme no município e funcione da melhor forma... Aqui a gente conseguiu, mas em outros municípios o psicólogo do NASF fica um dia no saúde da família, um dia no CAPS, outro no hospital fazendo avaliação de

estereotomia junto com o médico, né? E aí vai dizer que não? – “Ah, mas o profissional tem que se respeitar...” Mas não é assim! Tem a questão, tem a questão do mercado, tem a questão pessoal, a pessoa fica num conflito terrível individual. Não é o correto, eu não estudei, mas é... E todo mundo precisa trabalhar então. (P1)

Uma das questões também frequentemente relatada na etnografia foi a relação muitas vezes tensa entre a SMS e os trabalhadores do NASF. Em campo, em muitos momentos P6 e outros nasfianos reclamaram bastante do cotidiano de trabalho, principalmente em relação à impossibilidade de ir a uma consulta médica no final de um turno de trabalho e ter seu ponto cortado mesmo apresentando atestado médico. A sensação que estes profissionais passavam é que a SMS estava sempre na suspeita de que a equipe NASF estava fazendo algo de “errado”.

Não só as psicólogas, mas todos os trabalhadores do NASF com os quais tive contato se ressentiam de que a SMS não entendia a dinâmica de trabalho do NASF e tentava enquadrá-los na mesma dinâmica dos outros trabalhadores da ESF, ou seja, que estivessem presentes por 30 horas em alguma USF, independente de ter ou não atividades a serem realizadas. Quando isso não acontece, e a profissional de referência chega na USF e não encontra o nasfiano, por exemplo, quinze minutos antes do final do turno (às 11:45 por exemplo), corta-se o ponto daquele dia e é descontado do seu salário no final do mês. Isso tem gerado uma série de conflitos e situações constrangedoras, sendo avaliada pelos nasfianos como uma relação em que não existe confiança e se precisa o tempo todo fiscalizar os profissionais para que os mesmos cumpram a carga horária e as atividades programadas.

*Nasfiano é “descarado”, nasfiano chega na hora que quer sai a hora que quer da unidade... Nasfiano é num sei o que... Claro, nasfiano tá de manhã num lugar, de tarde tá em outro. Eu tenho que ter uma flexibilidade de horário pra fazer minhas coisas! Eu não preciso, eu tenho quatro anos e se eu apresentei dois atestados é muito porque eu não preciso cancelar um turno pra ir no médico, como a enfermeira precisa. Eu tenho atendimento, sei que aquela unidade não tem muito, eu vou, atendo e marco meu médico pra dez e meia. Eu não preciso cancelar uma atividade minha! Isso é incompreensão da gestão, que acha que tem que bater ponto... **nasfiano é produtividade**.(grifos meus) Eu não sou equipe de referência, sou equipe de apoio. Eu não tenho que estar lá com demanda espontânea não. Muito embora aconteça, né? ... Então tem esses questionamentos. Nasfiano é vagabundo, nasfiano é descarado, nasfiano é enrolado, nasfiano é conversador... é o que dizem... (P1)*

Esse ponto é interessante porque, de fato, as equipes NASF são equipes de apoio e não de referência, o que significa que elas não precisam necessariamente prestar assistência constante e de tipo sistemático para a população. Sua ação é de dar apoio matricial para as

equipes de referência e também, dependendo da demanda, prestar assistência direta ao usuário, principalmente em articulação interprofissional. Mas isso, na prática que estive acompanhando em campo, significa muito tempo sem atividade específica dentro das unidades de saúde.

Durante a etnografia, uma das situações mais recorrentes que presenciei foi: a psicóloga realiza uma determinada atividade em uma USF (dentro do planejamento é agendada uma atividade por turno por USF), com uma duração de no máximo 2 horas. Algumas vezes essas atividades não acontecem ou, quando acontecem, duram muitas vezes 20 ou 30 minutos. Dessa forma, temos aqui duas situações pelo menos: se não aparecem os usuários para participar de uma atividade, os profissionais ficam o turno inteiro sem realizar qualquer atividade, já que é muito difícil realizar de última hora alguma ação (segundo seus próprios relatos); se os profissionais realizam a atividade agendada, esta só acontece durante, no máximo, metade do turno (considerando que cada turno, manhã ou tarde, teria quatro horas de trabalho), ficando o restante do tempo ocioso para estes profissionais.

A reflexão aqui não é de julgamento frente a essa situação. Algumas vezes esses profissionais utilizavam o tempo “livre” para discutir casos ou planejar outras ações em conjunto. Vi isso acontecer. Mas o que mais presenciei foi uma série de momentos ociosos nos quais estes profissionais conversavam sobre qualquer coisa que não fosse relativa ao trabalho. Então, o profissional chega na USF às oito da manhã, realiza suas atividades até as nove horas ou um pouco mais e tem que ficar até as 11:30 pelo menos, esperando na unidade a supervisora daquela USF chegar e verificar sua presença naquele dia, ou esperando o veículo da prefeitura para seu transporte.

5.6 Estrutura e condições de Trabalho

A proposta do NASF (BRASIL, 2008; 2011a), da forma como foi concebida pelo MS, visa ampliar e aprofundar ações em saúde mental no âmbito da Atenção Básica do SUS. Como proposta inovadora, ela parte de concepções e princípios que, na prática, significam adaptação, desafio e superação de adversidades. O NASF não pressupõe necessariamente (podendo acontecer em alguns municípios) a existência de um local próprio para o desenvolvimento de suas atividades; trabalha com a noção de apoio para várias eSF; não tem definido *a priori* as atividades que deverão ser realizadas, já que se trabalha com a análise da demanda de cada equipe e de cada unidade de saúde. Estes, entre outros, são alguns dos desafios que os profissionais da Psicologia têm de enfrentar no seu cotidiano.

Na teoria e na legislação tais pressupostos nos parecem interessantes e revolucionários. Na prática, como procuro mostrar aqui, isso irá significar uma tentativa de adaptação a uma política que está em processo de aprimoramento, exatamente a partir da inserção de psicólogos e de outros profissionais da saúde. Tratarei aqui nesta seção de algumas adversidades estruturais ligadas às condições de trabalho destas psicólogas, e como estas dificuldades interferem no desenvolvimento de suas ações. É importante considerar que é da responsabilidade da prefeitura e da SMS prover aos profissionais a estrutura e as condições de trabalho para que possam desenvolver suas ações.

A estrutura, que tem que vir da gestão... no sentido do carro, do material educativo, panfleto, a gente tem que dar palestra sem panfleto, no dia da capacitação tem que pegar meu notebook, entendeu? Datashow não tem... é... é a compreensão da gestão. (P1)

Você vê, por exemplo, condições básicas de trabalho, a gente não tem sala, específica, não tem material, faz, é... a gente faz os ofícios, às vezes demora anos pra chegar, então a gente tem dificuldades com condições de trabalho, a gente tem dificuldades com insalubridade, que a gente não tem nada disso, vinculado, né... (P5)

Neste sentido, uma das questões mais relatadas pelas psicólogas é relativa ao processo de deslocamento entre as USF que apoiam, já que esta é uma condição fundamental para a realização de suas ações. Esta situação de certa forma foi amenizada quando a SMS diminuiu o número de unidades que os profissionais do NASF teriam que apoiar, passando de um máximo de 13 para 5 USF para todas as equipes NASF. Esta diminuição aconteceu durante a realização desta investigação e pude perceber que ela implicou um pouco mais de tranquilidade para as profissionais, ainda que não resolvendo por completo o problema. Quando as psicólogas tinham que atender 10 ou mesmo 13 USF, esse deslocamento se tornava bem mais complicado.

... Porque na verdade dez unidades é uma loucura!!!!.... No NASF, a grande dificuldade que eu tenho é, o número de unidades que eu preciso atender e dar conta, e todo mundo quer um pouco mais de você: -“Ó, tu não pode vir aqui não?”, todo mundo quer um pouco mais, e eu não posso dar mais, porque não existe o mais pra eu dar, e a questão de transporte pra gente ir mais longe né, então eu preciso esperar que a pessoa venha, só que nisso já cria uma expectativa -“Poxa, será que tem essa resposta?”. Eu ligo pra resolver questões, então assim eu esperava que eu não fosse precisar de uma ferramenta como o meu telefone, pra entrar em contato com a pessoa, pra esperar uma resposta de alguma coisa, eu queria ter o carro pra ir lá. (P2)

A SMS garante que fornece o transporte e que ele funciona a contento. Entretanto, na prática cotidiana, ele atrasa, quebra, demora muito para chegar no destino porque tem que passar por outras unidade de saúde, já que o veículo não é exclusividade do NASF. Na etnografia, quando eu me deslocava até as USF nestes veículos junto com os profissionais do NASF, pude confirmar tal situação.

Eu soube que na implantação do NASF veio uma verba, um carro pra cada NASF né, mas me parece que esses carros foram usados pra outras finalidades, entendeu? Em suma, é o sistema, não é o profissional não. (P2)

Esses veículos, segundo esta psicóloga e outras entrevistadas, foram comprados para o deslocamento exclusivo dos trabalhadores do NASF (dadas as características de suas atividades), mas a prefeitura os utiliza no âmbito da SMS para a realização de várias atividades, inclusive de outras secretarias (educação, transporte, etc.). Dessa forma, para que as profissionais consigam chegar a tempo de realizar uma atividade com a comunidade ou com a eSF (ou mesmo para o seu bem-estar, ou poder sair na hora em que a atividade termina), algumas utilizam seus próprios veículos para se deslocar até as USF, realizar visitas domiciliares, atividades na comunidade, etc.

A utilização de veículos particulares para se deslocar ao local de trabalho é feita com a conivência tácita da SMS, e as despesas decorrentes com este transporte (como combustível, pneus e amortecedores que se desgastam, e seguro do veículo) têm de ser arcadas integralmente pelos profissionais.

Um fato assim que atrapalha muito é o caso do carro. Se o carro a gente não tem disponível, e a se a gente for no carro da gente a secretaria não gosta, e se a gente não for atender, aí vem reclamações pra secretaria, a secretaria reclama, e aí fica um mal estar com o enfermeiro, com o médico, com o usuário. Então a gente fica assim... Aí o que é que a gente faz, pega o carro da gente e vai, e responde por isso, se acontecer alguma coisa. Porque a orientação é: não pode ir no seu carro próprio. Mas, se a gente não for, vai acabar não conseguindo fazer a VD, aí a gente acaba indo. E, todas as vezes que for solicitado a gente tem que ir, fazer a VD, e fazer esse atendimento. (P3)

A maior insatisfação no quesito transporte ocorre no deslocamento para as USFs da zona rural, geralmente localizadas em regiões bem distantes do centro urbano deste município. Segundo a lógica da SMS, toda equipe NASF está responsável por uma USF da zona rural.

... pegava meu carro, a Secretaria não disponibilizava o carro, então queria que a gente fosse pra zona rural, não disponibilizava carro, a gente ia no nosso carro, se batesse o carro ninguém ia fazer nada, se a gente fosse sequestrado ninguém ia pagar resgate nenhum (risos), qualquer coisa que acontecesse era por nossa conta. (P5)

Na realização da etnografia, visitei algumas USF da zona rural e vi as reais dificuldades para se chegar ao local de trabalho: lugares distantes, estradas de chão totalmente esburacado, elas demoram muitas vezes mais de uma hora e meia para chegar, tendo ainda se deslocado até a SMS para prosseguir com o veículo da secretaria até a zona rural. Realmente uma verdadeira viagem, implicando aqui um cansaço excessivo nesse processo. Nesses casos, por causa das condições da estrada e das possibilidades de desgaste no carro, nem as psicólogas que se deslocam com seu próprio veículo no perímetro urbano têm coragem de utilizá-lo.

Essa é apenas uma das dificuldades estruturais que comprometem bastante o cotidiano dessas psicólogas. E todas alegam outras dificuldades de apoio por parte da SMS que comprometem seu cotidiano de trabalho. Em uma fala da psicóloga P2, já mencionada, esta diz utilizar seu próprio telefone como forma de entrar em contato tanto com o motorista da SMS como para desenvolver uma série de outras atividades. Essa prática é bastante comum entre todos os trabalhadores do NASF com os quais tive contato em campo, não apenas entre as psicólogas.

Os trabalhadores alegam que não recebem praticamente qualquer apoio estrutural por parte da SMS, além daqueles que já existem nas USF. Dessa maneira, por exemplo, para a realização de atividades educativas ou formativas, se por acaso necessitarem de algum material (tal como *data show*, papel, lápis, entre outros), se de fato acharem importante realizar tal atividade, terão que comprar com seu próprio dinheiro, levar seu próprio material ou pedir emprestado a alguma instituição ou outro profissional. Se não fizerem isso, a atividade não irá acontecer. É muito comum, inclusive nas atividades em grupo, que os profissionais do NASF rateiem entre si o lanche que será servido à população. Muitas vezes, levam o lanche como forma de estímulo para a participação dos usuários. Em muitos casos, o grupo só acontece pela existência do lanche, tanto é que quando este deixa de existir, muitos grupos diminuem ou mesmo acabam aos poucos. Solicitar tais materiais para a SMS significa não ser atendido ou demorar um tempo demasiadamente longo. Vi vários exemplos desse desinteresse da SMS durante a etnografia.

Nesses casos que aqui elenco, não podemos dizer que os trabalhadores “paguem para trabalhar”, como diz o ditado popular. Mas podemos dizer, sim, que muitas atividades são bancadas pelos próprios trabalhadores, que acreditam e desejam fazer um bom trabalho para os usuários e os outros trabalhadores da ESF.

Outra adversidade também bastante recorrente, tanto nas falas como na etnografia, é a questão da falta de um espaço físico para a realização de atendimentos, tanto individuais como em grupo. Apesar da concepção do NASF (BRASIL, 2008; 2011a) indicar um tipo de assistência que pode prescindir de um espaço físico próprio e que pode ser realizado não só na USF como na comunidade como um todo, ficou evidente que, em algumas situações, um espaço para atendimento faria toda a diferença, considerando a preservação da privacidade dos usuários.

Mas nós temos um problema muito grande em unidades, com espaço físico para atender. Algumas unidades têm uma sala maior que eles chamam como sala de reunião, que é onde guarda materiais, e que a gente acaba atendendo se as outras salas tiverem ocupadas. Mas existem unidades que se o médico tiver atendendo e a enfermeira tiver atendendo, a gente não tem onde atender. Aí você acaba atendendo na praça né, ou a sala de vacina tá vazia aí você pede pra atender na sala de vacina, ou se tiver dentista, e o dentista não estiver você atende na sala do dentista. Mas espaço físico é um grande problema. (P2)

Na etnografia, vi as psicólogas atendendo na sala de espera, na varanda ou no quintal das unidades de saúde, locais possíveis, mas que em alguns momentos trouxeram constrangimento e vergonha para os usuários e dificultaram um acolhimento/atendimento com mais qualidade e com a garantia de um mínimo de privacidade.

Outro elemento que surgiu no decorrer da pesquisa diz respeito à frustração e a um sentimento de impotência vivido por estas profissionais frente a uma realidade socioeconômica extremamente dura.

E quando realmente eu vejo que é muito difícil de uma demanda realmente psicológica, até o sofrimento que é subjetivo, ele vem de um determinante social muito forte, então se não modifica aquilo ali não adianta ficar, né, tem que mostrar isso, que é um condicionante social. É sofrimento... é pobreza extrema, é falta de uma rede de proteção de cuidado, de proteção. As mulheres têm dez filhos e a mãe mora na roça e não tem condição de ficar sozinha, o homem larga... então você está depressiva, vivendo numa condição extremamente vulnerável e qualquer pessoa adoeceria no seu caso. Então é um trabalho junto com uma parceria com a assistente social. É difícil uma demanda realmente subjetiva. (P1)

É o entendimento de que os determinantes sociais e econômicos são muitas vezes tão presentes e implacáveis que dá a impressão ao profissional de que a Psicologia pode fazer muito pouco para mudar essa realidade. Nas minhas observações em campo, as psicólogas me questionavam até que ponto a Psicologia fazia alguma diferença na vida dessas pessoas. Quando se deparam com uma situação de extrema pobreza, desemprego, falta de higiene, falta de rede de apoio e de perspectiva de futuro, de fato parece que a Psicologia não tem grandes contribuições a dar na vida de usuários nessa condição (DIMENSTEIN, 2011).

A questão do número de unidades atendidas por estas psicólogas também é um ponto de destaque. Discorri sobre isso na descrição do perfil das psicólogas aqui pesquisadas, mas é importante analisar outros elementos implicados. De fato, a padronização do número de 5 eSF para cada uma das equipes NASF foi um elemento considerado como de aumento da qualidade do cuidado prestado aos usuários (apesar de mais desafiador), principalmente por aquelas profissionais que vivenciaram a transição do número de unidades.

Por incrível que pareça, no primeiro mês após a mudança foi o mais difícil, porque com doze a gente sabia que a gente só iria fazer o melhor que a gente pode. Então, normalmente a gente ia tá lá, uma vez no mês... então era uma ação específica que a gente fazia pra aquela unidade, e que dava pra gente reproduzir em outras, né... só que agora são cinco, então isso significa que eu tenho que ter no mínimo três planejamentos específicos de ação por semana. [...] Então é muito desafiador, porque você sabe que cada realidade tem de ser adaptada. Então não adianta, por exemplo, às vezes o que dá certo nesta unidade não é viável pra aquela outra, então tem que ser bem flexível o nosso cronograma. E isso no início foi desafiador, eles diziam: “E agora? Parece que a gente está com menos e (com) mais trabalho... (risos), com menos e é mais desafiador...” porque, às vezes eu noto, me parece, que o profissional de saúde, não sei se seria uma forma de defesa mesmo, não sei, mas às vezes é mais fácil você chegar em um lugar, atender e tchau... e não ter vinculação. (P5)

Quando apoiavam um número maior de eSF, as dificuldades elencadas eram várias: estar presente pelo menos uma vez por mês na unidade; fragmentação das atividades; extrema variação no que diz respeito ao perfil dos profissionais (principalmente das enfermeiras, gestoras das USF). Mesmo sendo alegado que a qualidade do apoio melhorou com a diminuição do número de equipes assistidas, percebi que 5 eSF apoiadas, muitas vezes implica uma necessidade bastante considerável de adaptação às idiossincrasias de cada população e de cada eSF.

Pelas questões políticas de contratação, manutenção e desligamento de profissionais que vigoram no município, algum profissional de tempos em tempos é desligado e um novo

chega a seu lugar. Vi esse fato acontecer algumas vezes durante a realização desta pesquisa. Se este profissional, por exemplo, for a enfermeira⁴¹ da unidade, a situação se agrava, dado que esta profissional é geralmente a gestora oficial da USF, fazendo dela um elemento que pode facilitar ou dificultar as ações realizadas por todos os profissionais. Como é esta profissional que reúne as eSF e NASF e quem organiza e incentiva as atividades desenvolvidas nas USF, tê-la como aliada é fundamental.

A outra dificuldade é assim, as equipes elas são muito volantes, então assim, a gente constrói um histórico com um enfermeiro, surpreendentemente na próxima semana a gente chega e esse enfermeiro não está mais na unidade, e isso é uma quebra absurda, entendeu? (P2)

Quando esta profissional é desligada e substituída por outra, vai existir todo um processo de adaptação e criação de um novo vínculo desta profissional com a comunidade e com os outros profissionais de saúde, o que leva um tempo considerável e compromete uma série de atividades.

Outro elemento que surge ainda na investigação é o fato de que todas as psicólogas, sem exceção, alegaram que não tiveram ou foi bastante deficiente algum tipo de capacitação ofertada pela SMS para desenvolver suas atividades no NASF. Muitas disseram que, devido a esta deficiência, buscaram informações com seus colegas de trabalho, a partir da internet, ou mesmo buscaram se capacitar fora do serviço (com pós-graduações, cursos, formações e correlatos).

Eu já tentei milhões de vezes fazer uma capacitação aqui... porque nasfiano tem que ter desenvoltura, todos têm que saber aplicar a dinâmica, todos têm que palestrar bem, tem que ter oratória em cima, senão... a questão das habilidades que todos têm que ter pra executar um bom trabalho independente da sua especificidade, ou não consegue. Não... vou investir em profissional cooperado? Tá aqui hoje, amanhã não está... Então... nessa área, em investir com meu financeiro, pessoal e continuar e acreditar, sou saúde pública, gosto, sou na veia né? (P1)

Apesar de capacitações serem ofertadas na entrada das novas equipes NASF e em alguns momentos pontuais, a secretaria de saúde não tem um plano estruturado e um

⁴¹ Falo aqui em enfermeira, no feminino, porque a totalidade das USF que tive contato na etnografia era gerida por mulheres. Existem também na SMS enfermeiros homens trabalhando nas USF, mas nesta pesquisa não tive contato com nenhum.

cronograma de educação permanente para ser desenvolvido neste âmbito, sendo algo que surge a partir da demanda dos profissionais no decorrer do processo de trabalho.

A Educação Permanente, eu solicito muito da necessidade deles, né, toda reunião eu busco eles, pergunto a eles o que é que eles estão sentindo, o que é que eles estão precisando pra poder estar melhorando esse trabalho deles na comunidade. E a gente tem feito também capacitações com a secretaria de saúde do estado, né... o pessoal tem vindo sempre aqui pra me dar esse apoio, principalmente agora com a chegada desse pessoal novo. Fora isso a gente solicita também o apoio dos outros setores que a gente tem aqui, a gente fez uma capacitação recentemente com o CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) sobre a saúde do trabalhador, foi solicitado pelos profissionais de fisioterapia mas a gente achou interessante que todos estivessem envolvidos. A gente está programando também uma atividade sobre hanseníase e tuberculose, articulado com o setor de vigilância epidemiológica, as meninas de nutrição têm solicitado também uma atividade que já aconteceu e eu vou estar fazendo pessoalmente agora sobre anemia falciforme. Então assim, eu busco muito da necessidade específica deles e eu assim quando sinto necessidade, quando eu vejo que tem alguma coisa que não está caminhando certo... (R1)

Vemos que existe boa vontade da referência no NASF em realizar um processo de educação permanente, mas que esbarra, segundo seu ponto de vista, no grande número de especialidades profissionais presentes nas equipes NASF e na sua limitação enquanto enfermeira em poder captar as demandas específicas em termos de conhecimentos e habilidades de todas as categorias profissionais.

Eles me pedem muito, porque assim: eu sou enfermeira. Não tem enfermeiro no NASF, eu compreendo o processo de trabalho no NASF no geral, mas eu não sou psicóloga, eu não sou fisioterapeuta, então eles que têm que passar essa demanda pra mim... Eles passando eu atendo a demanda deles, agora eu tô sempre questionando a eles: “Gente, vocês estão precisando de treinamento, de capacitação, vamos ver o que estão precisando...” Aí eles passam pra mim e aí a gente faz. (Enfermeira Referência do NASF)

A literatura (CECCIM, 2004; 2005) e a legislação (BRASIL, 2005; 2009) utilizam o paradigma da *educação permanente em saúde* ao invés de falar de um processo de capacitação ou educação continuada, argumentando que a educação permanente vai significar uma prática de ensino-aprendizagem através da qual a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde deverá se dar a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, no enfrentamento dos problemas do cotidiano do trabalho.

Portanto, mesmo que aparentemente possa indicar apenas outra nomenclatura para o processo de formação contínua do trabalhador, este paradigma destaca a relevância social do

ensino, articulando os saberes técnicos e científicos, mas falando também da dimensão ética, das relações e da vida. Para que funcione de fato, é preciso que seja desenvolvida como uma política estruturada de educação na saúde, como um pólo de educação em saúde, permanentemente pensando o processo de formação dos trabalhadores e se articulando também com as novas diretrizes curriculares para a formação dos profissionais da área da saúde.

A educação permanente em saúde é contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os trabalhadores/alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. Para esta perspectiva, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe. A proposta é de uma educação crítica e transformadora, na qual exista a troca e o intercâmbio, e em que se desenvolva um entranhamento de saberes e a reconstrução de um novo saber/prática coerente com cada realidade.

A busca, então, por uma *educação permanente em saúde* não vai expressar apenas uma opção didático-pedagógica, mas, principalmente, uma escolha pedagógica com implicações notadamente políticas. Esta é, atualmente, a escolha consciente e a postura político-pedagógica do MS na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS. (CECCIM, 2005, p. 979)

Pelas dificuldades na organização de uma efetiva educação permanente em saúde e pelo fato de que, como a referência do NASF alega, ela é uma enfermeira e não tem uma compreensão mais ampla das ações e especificidades da Psicologia, é que uma das psicólogas destaca a necessidade de uma coordenação específica da Psicologia no âmbito do NASF. Segundo seu ponto de vista, decorrente em grande parte de sua inserção anterior em outras políticas públicas (onde existia essa função), a existência desse cargo e função poderia dar encaminhamentos mais resolutivos no que diz respeito ao trabalho dos profissionais da Psicologia no NASF.

Logo quando eu entrei, a minha primeira preocupação foi a questão da coordenação, de você não ter uma figura, nas unidades, fixa, uma figura,

uma pessoa somente, pra ser como coordenador do NASF, como eu estava acostumada nas outras instituições. CRAS, CREAS, Centro de Referência sempre tinham uma figura presente em todo momento. E isso me gerou várias dúvidas porque eu não tinha ali naquele momento a quem recorrer, sobre o trabalho do psicólogo, sobre o funcionamento das unidades. (P6)

5.7 Articulação do NASF com a Rede de Atenção à Saúde

Um aspecto que surgiu com muita força durante a etnografia foi o processo de referência e contra-referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e outras redes ligadas a outras políticas setoriais, tais como a Educação, a Assistência Social e a Previdência Social.

Quando o SUS estabelece o princípio da integralidade da assistência, define-o como *um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema* (BRASIL, 1990: art 7º, inciso II). Para que, de fato, esta integralidade seja colocada na prática, é necessário pensarmos na constituição de uma Rede de Atenção à Saúde.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2010, p. 2300)

Ainda segundo Mendes (2010), emergem dessa definição os elementos fundamentais de uma RAS: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde, entre outros aspectos. A grande diferença entre uma RAS e a existência apenas da estrutura do sistema e dos trabalhadores é o elemento *articulação*, uma relação pensada e organizada dos pontos da rede, ultrapassando os elementos meramente físicos e humanos.

A articulação em qualquer RAS não se esgota, mas também se efetiva em um sistema de referência e contra-referência, entendido como um mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. Há muito tempo o Ministério da Saúde pressupõe a existência desse sistema como um dos elementos-chave para uma reorganização das práticas de trabalho que envolve as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 1997). Apesar desta pesquisa não objetivar a análise da estruturação da RAS no município, pude visualizar a fragilidade deste tipo de estrutura e articulação ali, corroborada em parte inclusive pela referência do NASF entrevistada:

E a falta também do apoio das redes né, a questão também de falta de, porque os profissionais do NASF eles encaminham né, os pacientes para as especialidades, e a gente não tem muito assim essa disponibilidade na rede, né, a pactuação do município com os profissionais, não por falta de interesse do município, muitas vezes é por falta de profissional mesmo pra estar dando esse apoio. Então eu acho que isso é uma dificuldade... (R1)

Essa fragilidade se corporifica muitas vezes no desconhecimento dos profissionais da rede sobre os serviços ofertados, na falta de uma articulação estruturada para ordenar o fluxo dos atendimentos e, principalmente, pela quase inexistência da contra-referência tendo a Atenção Básica como eixo organizador (BRASIL, 2011a), na qual o NASF também desempenha um papel crucial na noção de um cuidado integral.

Como o foco do trabalho das profissionais da Psicologia no NASF não é o atendimento, principalmente o atendimento clínico individual sistemático, é comum que estas profissionais referenciem o usuário - segundo sua avaliação realizada principalmente no acolhimento inicial - para outros serviços de saúde ou para serviços ligados a outras políticas setoriais. Em alguns casos, como pude perceber, ocorre contra-referência (o retorno desse usuário para a USF), mas esse processo é bem menos comum.

Por serem profissionais atuando no campo da Saúde Mental, é natural que grande parte das referências realizadas pelas psicólogas seja para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente no seu principal dispositivo, os CAPS. Neste ponto, a partir de minhas observações, pude perceber uma tensão se agravando no âmbito da SMS no decorrer do tempo em que estive em campo.

... então, assim, a gente tem discutido muito essas questões e a gente tem percebido que tem necessitado uma atenção especial, porque não são casos isolados. Cada dia que passa aparecem mais e são pacientes assim que estão um pouco esquecidos, né, a gente dá ali a medicação pra poder curar

o sintoma, mas a gente não está tratando da causa. Acho que a nossa expectativa é justamente essa: do psicólogo ele estar se inserindo nesse contexto pra justamente tratar a causa, ou mesmo prevenir danos futuros pra que esse paciente não seja no futuro um caso de saúde mental. Então essa é a nossa expectativa, diminuir esses casos, para que no futuro não tenha essa demanda que a gente está tendo hoje, que a gente consiga diminuir, que a gente consiga prevenir mesmo, e tratar e prevenir. O nosso objetivo maior é prevenir: promoção e prevenção, né, no caso da Atenção Básica. (R1)

O foco desta tensão se baseia no fato de que, como os psicólogos são orientados (pela legislação e pela SMS) a não focarem suas atividades nos atendimentos clínicos, eles encaminham os casos de saúde mental de maneira geral para a RAPS, principalmente os casos que podem ser diagnosticados como transtornos psíquicos severos ou graves. Em campo, P1 indicou que o percentual de usuários com transtornos severos é relativamente baixo e, nestes casos, a referência tem funcionado para a RAPS. Em alguns casos, também, são realizadas contra-referências, o que implica um acompanhamento mais próximo de uma *integralidade* do cuidado em saúde mental.

A grande lacuna acontece no que diz respeito ao elevado número de casos de transtornos leves e moderados que aparecem para as psicólogas do NASF: nem a RAS, nem a RAPS do município, tem algum tipo de serviço de saúde voltado para estes tipos de transtornos.

... a gente tem uma dificuldade muito grande no município porque falta políticas públicas pra saúde mental... Porque principalmente, que é que acontece... tem uma preocupação grande com os transtornos severos persistentes, então você tem o CAPS. E aquelas pessoas que não são de lá e nem são de cá onde é que elas são atendidas? Você sabe que tem muitos transtornos que precisam, muita depressão, muito síndrome do pânico, aparece demais, por incrível que pareça por causa da violência e acontecem umas coisas pontuais. E essas pessoas vão ser atendidas no CAPS? Não vão. Entendeu? Então a demanda pro psicólogo é grande. E às vezes a gente tem que botar um... não dá pra dar conta de tudo, entendeu? Principalmente por causa da proposta porque não é atendimento, não é terapia, na verdade né? A gente só em alguns casos pontuais que a gente tem abertura pra poder realmente fazer isso. Mas no geral tem outras pessoas que não são casos tão graves, esses como eu tô contando, mas a gente vê que precisa... Então há uma demanda. E a equipe chama muito, tem essa coisa de encaminhar, de pedir um apoio, de “ah! Eu tô com uma pessoa assim, assim, assim, dá uma olhada o que você pode fazer”. Geralmente a gente... eu atendo, encaminho, faço uma orientação, eu já deixo claro que não é terapia, né? Você como psicólogo sabe... é complicado... né? Porque você não consegue... ou até mesmo que eu quisesse... (P4)

Casos como depressão leve, ansiedade, problemas de relacionamento ou crises pessoais têm aparecido cada vez mais nas USF para serem cuidados principalmente pelos psicólogos nasfianos. Como muitas vezes esses usuários precisam de algum tipo de acompanhamento psicoterápico, os psicólogos, por não terem dentro da RAS pública (ligada diretamente ao SUS) onde referenciar, encaminham para as clínicas-escola das faculdades particulares de Psicologia da região. Mas mesmo estas clínicas-escola não são capazes de suportar a demanda.

Como não existe na RAS do município algum serviço que lide com este tipo de demanda, percebi, como no dito popular, um “jogo de empurra-empurra” pelo qual o NASF referencia para os CAPS e estes reencaminham para os psicólogos dos NASF, gerando aí uma situação desconfortável para ambos na qual o usuário não é atendido. Isso tende a ser um problema que vai se agravando com o tempo, já que hoje no município em questão (mas também em muitos outros municípios da região) existe a intenção de se fazer uma interrelação entre Atenção Básica e a Atenção Especializada em Saúde Mental (principalmente entre a equipe de psicólogos nasfianos e psicólogos/psiquiatras capsianos⁴²). Todavia, pela alta demanda de atendimento em saúde mental da população, os profissionais do CAPS entenderam que essa demanda tem que ser redirecionada para os psicólogos do NASF.

Na verdade a gente tem aqui os CAPS que são os centros de atenção psicossocial, que você sabe muito melhor do que eu né, é, a gente tem uma articulação mais ou menos boa, porque eu mesma enquanto apoiadora aqui dentro eu não vejo contato nosso com o CAPS. Quando vem as coisas de lá pra cá ou daqui pra lá, são sempre emergências ou então já é pra resolver um pepino que se tornou muito grande, que se a gente tivesse no começo tentado resolver não teria tomado essa dimensão. A gente está com um problema aqui agora no Hospital (referência em saúde mental do município), né, que eles não estão atendendo mais pacientes de ambulatório como atendia ... só os pacientes da casa ... Então eu acho que falta uma articulação melhor em prol do benefício desse paciente, desse usuário, porque eu acho que no meio do caminho tem alguma coisa quebrada aí, porque eu acho que está precisando se estruturar melhor. Eu acho que a questão da saúde mental é uma questão bastante delicada e está precisando de uma atenção maior. (R1)

Cito esta lacuna no atendimento em saúde mental, mas destaco aqui também a desarticulação entre os outros pontos da RAS ou das outras redes ou mesmo a inexistência ou insuficiência de outros serviços.

⁴² Como são chamados os trabalhadores dos CAPS.

5.8 Atuando em equipe multiprofissional

Um dos pontos cruciais para o desenvolvimento das ações da Psicologia no âmbito do NASF é o trabalho em equipe, tanto com os profissionais do NASF como das eSF. Essas ações fazem parte de seu cotidiano e é uma das bases do desenvolvimento das atividades das psicólogas pesquisadas. O trabalho em equipe, da forma que é principalmente explicitado nos documentos oficiais e preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2011a; 2011d; 2014a) parte da consideração do que na literatura é analisado como o princípio da interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade pode ser entendida como a intensidade das trocas entre os especialistas de determinada área e pelo grau de integração real das disciplinas e especialidades. O princípio postula uma nova síntese do saber, em um esforço para aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos (JAPIASSU, 1976).

Além disso, a interdisciplinaridade parte de uma “atitude” de reciprocidade, de mutualidade, substituindo a concepção fragmentada do ser humano. Essa atitude pressupõe flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às pessoas e seus saberes, a partir de um aprendizado sobre a diversidade (TORRES SANTOMÉ, 1998).

Tentativas de aplicar a interdisciplinaridade na formação de profissionais da saúde - também chamada por alguns autores de atuação interprofissional no campo da saúde (GOMES; DESLANDES, 1994) - e seus pressupostos já estão presentes há algumas décadas como a base para a criação de modelos pedagógicos antenados com a articulação de um saber no campo da saúde que transite entre as ciências biológicas e sociais. Infelizmente, o modelo vigente de formação profissional no âmbito da saúde ainda se pauta na formação clínica individual, focando na enfermidade e na utilização cada vez maior de novas tecnologias, desconsiderando em grande parte os aspectos sociais do processo de adoecimento da população.

Apesar de a interdisciplinaridade ser cada vez mais incentivada nas graduações no Brasil, ela ainda é um grande desafio de ser colocada na prática (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). No cotidiano dos serviços de saúde e, pelo que pude observar nesta pesquisa que ora relato, a atuação interdisciplinar é ainda um grande desafio a ser enfrentado. Isso porque, mais ainda do que acontece com as equipes de saúde da família, a base do trabalho no NASF é fundamentalmente em equipe e o MS preconiza este fundamento a todo o tempo em seus documentos e em sua legislação.

O trabalho em equipe é a todo tempo desenvolvido pelas psicólogas pesquisadas. O trabalho interdisciplinar assume no NASF, segundo a avaliação de algumas delas, uma função ao mesmo tempo prazerosa e também desafiadora.

E é muito construtivo isso, esse trabalho interdisciplinar do NASF é o que eu acho mais enriquecedor, se fosse, digamos assim, cada profissional inserido naquela unidade, sem ter essa comunicação, sem entender que é uma equipe interdisciplinar, não teria talvez a beleza que tem, no trabalho. Porque eu posso ouvir uma percepção que eu nem vi, ela (a assistente social) sinalizou “Mas você viu que ele fala que cuida, mas naquele momento ele falou que não precisa dar o remédio todo dia...” né, e ela já percebeu uma questão sociocultural inserida ali, antropológica, e minha percepção não foi até lá... eu vi mais o sujeito, ouvi mais a queixa, a angústia dele, mas às vezes, isso faz com que minha visão seja mais ampliada também... e é muito bom isso, muito bom. (P5)

Lancei um olhar cuidadoso, tanto nas entrevistas como nas incursões etnográficas, sobre as ações desenvolvidas pela Psicologia em parceria ou não com as outras categorias profissionais. É importante considerar que as duas psicólogas (P1 e P6) com as quais tive contato em campo, desenvolvem muitas de suas atividades em parceria muito próxima com a equipe NASF da qual fazem parte. Isso significa desenvolver parceria diária com profissionais da Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia e Educação Física. Essa era a composição básica das equipes com as quais tive contato. Além disso, essas equipes NASF tinham que desenvolver suas atividades com as equipes de Saúde da Família, mediadas, como mencionei acima, principalmente pela enfermeira da USF.

A relação dentro das equipes NASF investigadas de forma geral pode ser avaliada como cooperativa, e os profissionais tentam desenvolver suas atividades de forma coesa e articulada. Por sempre trabalharem juntos, cria-se uma identidade de grupo percebida pelos outros profissionais das eSF.

Eu posso fazer meu trabalho numa boa, tô desempenhando num sei o quê, mas se meu parceiro começar a fazer coisas que não tão andando, ninguém vai dizer que eu estou trabalhando bem que ele está trabalhando mal, o NASF como um todo não está trabalhando adequadamente. É uma identidade. Então por isso que essa questão de trabalhar o grupo também é importante, trabalhar bem, articular bem, porque na hora lá ninguém quer saber “essa daqui é uma boa profissional, aquele não é”, não, é o NASF que é ruim como um todo. (P4)

Pela proximidade e convivência diária, amizades acabam sendo desenvolvidas na equipe e as relações extrapolam o cotidiano do serviço, o que pode facilitar muitas vezes o

processo de trabalho a partir da abertura que se cria em poder falar sobre aquilo que incomoda.

... minha equipe é unidade no sentido não que não haja divergência, desavenças existem, mas somos todos amigos pessoais, né? Nos tornamos. Então isso facilita. Nesse caso facilita, mas não atrapalha. No nosso caso a gente conseguiu facilitar. Então a gente chama atenção, a gente tem essa, essa abertura de chamar atenção, de propor algo, né? Pro colega. E também com outras equipes é tranquilo. (P1)

Uma das questões fundamentais na organização das atividades, e também na relação dos profissionais do NASF com as outras categorias profissionais, são as reuniões de planejamento das atividades que irão se desenvolver durante o mês seguinte. O planejamento é mensal e segue o seguinte fluxo: os integrantes do NASF realizam pelo menos duas reuniões entre si durante o mês objetivando decidir as ações, as associações entre os profissionais e as técnicas/abordagens tecnológicas que serão utilizados no próximo mês. Na última semana de cada mês, os nasfianos se reúnem com as enfermeiras das USF, com os ACS, com os técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos (categorias mais presentes nestas reuniões) para avaliar as atividades desenvolvidas no mês corrente e, em cima disso, planejar as ações para o próximo mês. A participação dos outros profissionais da ESF quase nunca acontece, a não ser em casos excepcionais, tal como algum profissional (médico ou odontólogo) trazendo alguma demanda bastante específica em relação a algum usuário da USF.

Destaco aqui que os médicos (principalmente) e os odontólogos não participam ou participam muito pouco de atividades além de seus atendimentos clínicos.

... e em relação ao médico é você ver o médico, os médicos que eu consigo ver eu tenho excelente relação. Mas a questão é, assim, eu acho que por terem outros vínculos, então eles entram atendem e vão. Então assim, quando eu chego eles não chegaram, quando eu saí eles já saíram, essa é a realidade, então eu não consigo. (P2)

Uma ressalva aqui pode ser feita em relação aos médicos cubanos que participam do programa “Mais Médicos” do Ministério da Saúde e que, no município pesquisado, têm um envolvimento efetivo e profundo com todas as ações desenvolvidas nas USF nas quais trabalham. Além disso, alguns odontólogos participam também de algumas ações em grupo, dentro e fora das unidades de saúde.

Nas reuniões entre a eSF e o NASF, o mais comum é a participação parcial dos integrantes da equipe NASF, em um esquema de rodízio.

Temos as nossas reuniões com as equipes de saúde da família, que geralmente ocorrem mensalmente. É, não são todos os profissionais do NASF que se encontram presente nessas reuniões, a gente procura dividir, né, num mês vão tais profissionais pra aquela reunião, no outro mês ele vai pra outra unidade, e assim a gente passa tudo o que foi estabelecido... Essas reuniões são com as enfermeiras, geralmente com as enfermeiras, com os técnicos de enfermagem, com os ACS, com os auxiliares administrativos... Se faz um planejamento mensal. Nós temos um cronograma, no final de cada mês, nós fazemos o cronograma, coincide muitas vezes de estar uns profissionais na unidade, outros não, nós não buscamos ficar todos os profissionais na unidade no mesmo dia, não, nós fazemos uma mudança né... enquanto tem, por exemplo, hoje estou eu, o fisioterapeuta, a nutricionista e a assistente social. O educador físico e a farmacêutica já estão em outra unidade, nós fazemos uma, uma... alternância. (P6)

Geralmente depois das reuniões integradas de planejamento nas USF, os nasfianos repassam seus cronogramas para a referência do NASF.

É, apoio os apoiadores, e aí eles me entregam mensalmente o cronograma de atividades deles. Porque o NASF tem o cronograma deles, tem uma parte flexível e uma parte fixa. E aí a gente faz uma avaliação desses cronogramas, eu sento pra poder avaliar como é que está a atividade de cada profissional, é, se eles estão contemplando todas as unidades. Mensalmente a gente tem uma reunião geral, que é pra todo mundo, de todos os NASF, onde a gente vai discutir o processo de trabalho. E daí surgem várias outras pautas, né, de dúvidas deles que a gente vai esclarecendo nesse momento. Fora isso eu faço também a avaliação deles in loco, que eu vou até o campo, eu vou até a área pra poder estar avaliando como é que está a atividade deles e aí nesse momento eu faço contato também com a equipe de saúde, né. E agora, como eu já fiz em outras épocas, eu tô marcando também reuniões mensais com as enfermeiras e as equipes de NASF pra gente estar discutindo e avaliando como está essa relação de trabalho deles e como é que está fluindo isso, de que forma está refletindo na saúde da população. (R1).

Estas psicólogas acabam tendo que mediar situações de conflito interpessoal dentro de suas equipes e também dentro das eSF.

Quando fala: oh, essa é a psicóloga. Eu tô precisando de uma psicóloga, ih, eu tô cheia de problema. É médico, enfermeiro, dentista, é técnica, todo mundo quando vê um psicólogo na unidade pra eles chegou a salvação de todas, de todos os males, porque eles adoram, e ficam pedindo: “Oh, você

pode tá fazendo um trabalho com a gente, de relacionamento...”, é, depressão, de insônia eles estão sempre solicitando... (P3)

Em campo, acompanhando as atividades de P6, observei seu enorme desconforto em ter que administrar o que, segundo seu ponto de vista, é um desestímulo dos outros profissionais nas fianas em propor e, de fato, colocar em prática o cronograma de atividades. Dessa forma, ela se sente sobrecarregada, pois tem que tomar a iniciativa para reunir, propor e também realizar as atividades de sua equipe. Isso a desmotiva e ela chega a pensar em sair dessa equipe. Além disso, mesmo com a atividade planejada, ela alega que muitas vezes não pode contar com a presença de determinado profissional, por dificuldades pessoais ou mesmo por desinteresse deste em participar de tal atividade.

Por mais que nós estejamos juntas sempre existe uma dificuldade de planejamento, em relação a outros profissionais. É como se fosse assim: o que depende de mim enquanto psicóloga eu consigo ter uma efetividade, uma conclusão melhor, do que aquilo que eu dependo da equipe como um todo. (P6)

Mas a mediação das relações acontece também muitas vezes nas eSF, ambiente em que as psicólogas (neste caso, as duas que acompanhei em campo) vão ser as mediadoras das relações entre os ACS, entre os ACS e a enfermeira, entre a enfermeira e os médicos, etc. Realizam assim atividades espontâneas (no momento em que os fatos acontecem), mas também organizam atividades direcionadas (como oficinas terapêuticas) para mediar e “trabalhar” conflitos no interior das eSF.

Aí eu comecei a pegar as equipes que exatamente tinham mais conflitos, e focar neles, e acolher as frustrações, angústias, deixei eles colocarem tudo, tudo. Nesse primeiro momento a minha equipe não participava, até porque tinha uma resistência também, de ambas as partes. E aí foi sendo inserido, e aí chegou o momento que eu já começava a fazer terapia grupal com eles, de acolhimento junto a minha equipe, e aí eles foram se ouvindo e percebendo que da mesma forma que o ACS às vezes não é reconhecido, o NASF também não é... e eles começaram a falar sobre as frustrações de ambas as partes, começaram a se entender, se identificar, se respeitar, e o trabalho começou a fluir mesmo. (P6)

Nesta questão dos conflitos, já havia tratado anteriormente sobre a importância da enfermeira como gestora da USF e também como causadora e administradora de conflitos.

Observei em uma USF a importância de se ter uma boa relação com a enfermeira. Esta profissional, por motivos que, tanto eu quanto a equipe desconhecem, boicotava as atividades dos nasfianos. Esse boicote se configurava, entre outros aspectos, no não encaminhamento de usuários para as atividades propostas e também na utilização de fofocas direcionadas aos nasfianos atuantes naquela unidade. Esse comportamento ocasionou o esvaziamento da quase totalidade das atividades realizadas pela psicóloga na unidade, onde apenas os atendimentos individuais continuaram a acontecer.

Destaco também aqui a importância da articulação efetuada pelos ACS cotidianamente junto à população para o andamento das atividades propostas pelas psicólogas. Como são as ACS (profissão também majoritariamente composta por mulheres) que visitam as famílias na ESF e convidam os usuários para as atividades a serem realizadas pelos profissionais do NASF, ter os ACS como parceiros, até mais do que as enfermeiras, pode significar o sucesso ou não de uma atividade. Muitas atividades desenvolvidas pelos nasfianos só acontecem de fato com o apoio dos ACS, e percebi que uma boa parceria com estes é bem produtiva no cotidiano. Quando as ACS são parceiras dos nasfianos, não só convidam os usuários para as atividades, mas também participam, motivam e fazem a diferença em algumas ações em grupo. Da mesma forma, os outros profissionais (tais como a enfermeira, o médico e o odontólogo), quando são parceiros, chamam as psicólogas para discutir casos, realizam interconsulta com as mesmas, participam e propõem atividades em grupo.

Todavia, essa parceria em alguns momentos pode implicar em uma quantidade excessiva de atividades para as psicólogas. Exemplo disso foi visto no campo quando, para agradar a comunidade, os ACS marcaram mais atendimentos individuais do que era possível em um turno, quando da presença de P1 em uma USF; ou quando marcavam visitas domiciliares desnecessárias (na avaliação das psicólogas acompanhadas em campo).

Em uma de minhas visitas a outra USF, fiquei sabendo de um desentendimento entre uma das ACS da unidade e a psicóloga P6. A ACS entendeu que, ao marcar uma atividade com uma usuária sem o seu conhecimento, a psicóloga passou por cima de seu papel enquanto articuladora junto à comunidade. Este fato fez com que a ACS fizesse uma “denúncia” da psicóloga na SMS e se articulasse com outras ACS para boicotar as atividades da psicóloga, tendo êxito nesta articulação. Também nesta USF, estive várias vezes presente em atividades que não aconteceram por falta de público. Sendo da competência dos ACS fazer o convite ao público e lembrar o dia da realização da atividade. Vi, *in loco*, a animosidade presente entre as ACS e os profissionais do NASF. Esta animosidade acabou sendo repassada para toda a equipe NASF, ocorrendo uma rivalidade entre as equipes. Em várias visitas a esta USF ficou

bastante evidente esta hostilidade, na separação emblemática que ocorria nos espaços da unidade, principalmente nos momentos de espera ou descanso dos profissionais: de um lado a equipe NASF interagindo entre si; do outro lado, a equipe de ACS. Nenhuma interação ou simpatia entre ambas.

No planejamento e na realização das atividades, tenta-se sempre que possível trabalhar em equipe, utilizando as habilidades, os conhecimentos e a experiência de cada profissional e desenvolvendo o sentido de uma identidade de grupo.

Mas, se por um acaso eu não quisesse passar lá, teria o meu grupo me esperando, né, se eu quisesse fazer outra atividade em outro lugar, ou a minha equipe, o educador físico, o fisioterapeuta, o nutricionista, estariam lá e iam dar esse suporte, né, aí naquele dia não iam ter uma atividade direcionada para Psicologia, aí eles fariam o trabalho deles, eles não ficariam assim sozinhos, né, não é a questão de que eles não teriam o grupo, o grupo não seria cancelado, porque sempre tá todo mundo muito junto. [...] (P3)

Pensando na questão do “perfil ideal” do nasfiano, uma das características importantes e que facilitaria o bom desenvolvimento de suas atividades seria a capacidade de manejar bem os relacionamentos na equipe NASF e eSF, tendo uma boa comunicação, articulando os profissionais e trazendo-os para “perto de si”, transformando-os em parceiros de trabalho.

Interessante é notar também como as concepções que os trabalhadores do NASF e da eSF têm sobre o profissional da Psicologia influenciam naquilo que esses trabalhadores demandam das psicólogas. Muitos profissionais ainda (apesar do relato das psicólogas de que este processo tem mudado aos poucos) acreditam que o foco do trabalho da Psicologia é eminentemente clínico e demandam muitos atendimentos, principalmente individuais. Quando há a troca e a participação de atividades em conjunto, principalmente aquelas que vão além do atendimento clínico, esses profissionais acabam ampliando a visão do trabalho da Psicologia, entendendo que existem outras possibilidades de atuação profissional no NASF, principalmente aquelas que trabalham em articulação com outros profissionais e no coletivo.

Esse processo de construção do espaço e das relações da Psicologia no NASF e no SUS como um todo é algo que está sendo conquistado aos poucos e interessante é perceber que esse processo faz com que o NASF e seus profissionais tenham que mostrar em muitos momentos que fazem parte de fato da ESF e não são apenas uma equipe “extra” que atua pontualmente naquela USF. Assim, seus integrantes muitas vezes se comportam como se quisessem mostrar sua “necessidade” nesse espaço, através da demonstração de como

trabalham e, no caso da Psicologia, de como ela pode ultrapassar os limites de uma ação apenas clínica.

... é como se o NASF tivesse que se fazer necessário . Então tinha aquela configuração de que: “Como é isso? O NASF, ele faz parte da equipe do PSF? Não faz, é apoio? Mas o apoio, ele tá dentro? Tá fora, como é isso? Como é esse apoio? E faz clínica, não faz clínica? É grupal, não é grupal?” Então é uma profissão e uma área de atuação que é totalmente nova. Então, se é novo, se nem a gente, né? Digamos assim, se nem eles (que eu não estava na época...) sabia qual era a área de atuação, como é que o outro vai reconhecer a minha função? (P5)

Eu entendo que o profissional, ele tem que estar prestando esse apoio às unidades pelo fato de ser o que, assim, está nas diretrizes que o profissional ele é o apoio de saúde da família, e, ao mesmo tempo, eu percebo como algumas unidades entenderem o profissional como uma equipe extra e pronto, né. Eles não percebem que a equipe de apoio também é equipe da unidade, nós somos uma equipe de apoio que é equipe, ao mesmo tempo equipe da unidade. O profissional do NASF acaba sendo visto como equipe de apoio extra, não equipe de apoio da unidade, né. (P6)

Com estas inserções nas políticas públicas do município, no NASF e também em outras instâncias do SUS (como CAPS, por exemplo), entendo que vem acontecendo uma mudança, não só nas concepções sobre o que o profissional da Psicologia faz e/ou pode fazer, como também o reconhecimento de sua importância como trabalhador da saúde inserido no campo da Saúde Coletiva.

Então, assim, é uma exigência da gente que tenha, porque a gente está começando a entender a importância desse profissional. E assim, os profissionais, os psicólogos, uma questão que eu falo sempre deles, é que eles façam a equipe compreender a importância deles lá dentro. E eu tenho visto que a equipe tem compreendido isso, na medida em que eles vêm me solicitando psicólogo, né. Inclusive pessoas de outras áreas, até de UBS, unidade básica de saúde, que é sem equipe de saúde da família, que a gente sabe que não tem NASF, na minha opinião deveria ter, então vem pacientes de outras áreas buscando, até as supervisoras perguntam, e a gente entende então que esses profissionais eles estão identificando a importância do psicólogo, né, as equipes solicitam muito, elogiam o trabalho dos psicólogos, e eu tenho visto que eles têm tido assim uma boa relação, eles estão tendo um bom contato profissional. Claro que precisa melhorar né, como todos, mas acho que isso é uma caminhada aí que a gente vai trilhando ao longo dessa jornada... (R1)

5.9 Ações da Psicologia: alcances, perspectivas e entraves

Nesta seção, analisarei mais detidamente as atividades desenvolvidas por estas psicólogas no seu cotidiano de trabalho. Antes disso, porém, problematizarei algumas questões envolvidas diretamente nessas ações.

Como demonstrei anteriormente, o NASF, integrado à Atenção Básica e norteado por seus princípios e diretrizes, foca suas atividades nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Não tendo um direcionamento *a priori*, as ações desenvolvidas pelos profissionais nasfianos deverão considerar a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica de cada população adstrita, realizando um planejamento conjunto com as equipes que apoiam (BRASIL, 2014). Dessa maneira, as ações poderão incidir sobre todos e quaisquer momentos do ciclo de desenvolvimento da população do território adstrito. Além disso, as equipes NASF, dependendo de cada realidade, poderão incluir em suas intervenções grupo populacionais específicos e vulneráveis. Assim, as ações podem ser desenvolvidas, por exemplo, com crianças, adolescentes, adultos e idosos, com públicos de diferentes classes, raças, gênero e etnias.

De maneira geral o NASF desenvolve suas atividades focando em dois públicos-alvo diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (a partir de sua dimensão técnico-pedagógica) e os usuários (a partir de sua dimensão clínico-assistencial) em seu contexto de vida. Como é formado por um coletivo de profissionais, cada um irá assim ofertar serviços de acordo com suas singularidades de formação e conhecimento. Nesta pesquisa encontrei uma ênfase muito maior na dimensão clínico-assistencial do referencial teórico-metodológico do *apoio matricial*, referencial este que serve de base para o desenvolvimento de qualquer ação no NASF. Algumas poucas ações técnico-pedagógicas são desenvolvidas, e elas encontram uma série de limitações na sua implementação.

O conhecimento sobre a concepção e o funcionamento do NASF podem ser elementos importantes para dirimir dúvidas quanto à sua atuação profissional. Daí a necessidade de alguma proposta consistente que se aproxime de uma educação permanente em saúde, proposta esta que não consegui visualizar nesta pesquisa. Um dos conceitos fundamentais que embasam a proposta do NASF é o do Apoio Matricial.

Entendendo o apoio matricial como um novo arranjo organizacional e como uma metodologia para gestão do trabalho em saúde. Este arranjo objetiva o alcance de uma clínica ampliada e uma integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CAMPOS; DOMITTI, 2007) É assim que a junção de um conjunto de categorias profissionais da saúde,

cada uma das quais com suas especialidades e experiências, visa complementar as ações da equipe de referência (as eSF), promovendo parceria e articulando estratégias de intervenção e compartilhamento de responsabilidade pelos usuários assistidos. Espera-se que essa ação interdisciplinar favoreça a criatividade no exercício do *cuidado*, ampliando as ações e a abrangência da assistência.

Levando estes aspectos em consideração, perguntei para as psicólogas pesquisadas se elas realizavam apoio matricial com a equipe de saúde da família e como seria na prática esse apoio. Admito que esta pergunta continha em si a delimitação para apenas uma das dimensões contidas na perspectiva do apoio matricial: o suporte técnico-pedagógico para as equipes de saúde da família. Objetivava, com esta delimitação, ver o nível de entendimento destas profissionais sobre o apoio matricial no NASF.

Como discutido a respeito da inexistência de uma educação permanente em saúde para os trabalhadores do NASF no município em questão, fica claro o impacto dessa lacuna formativa nessas trabalhadoras: a maioria não tinha clareza sobre o real significado do conceito de apoio matricial, um elemento fundante da própria concepção do NASF. O *apoio em* que as equipes NASF devem se basear é o apoio matricial. E essa falta de entendimento pode muitas vezes estar associada a uma confusão sobre as possibilidades de ação para estas profissionais.

Eu vou lhe ser sincera, eu não participei da época que eles chamavam de matriciamento, eles não se renovam, eles não se fazem novamente. [...] Meu matriciamento é meu matriciamento eu com eu mesma entendeu? Tipo assim, foi como eu te falei, eu organizo em relação a regiões ou unidades, eu faço meu matriciamento de trabalho, de acordo com demandas. [...] e com as necessidades de localização regionais. Essa região tem isso e isso e tal demanda, e eu vou trabalhar com essa demanda. [...] o matriciamento que foi feito inicial e que foi usado e que foram feitos e divididos os profissionais de saúde e foram montadas as equipes NASF, entendeu? (P2)

Neste exemplo, vemos que a psicóloga entende o matriciamento como a organização de suas ações levando em consideração as demandas da população e da região na qual as USF estão localizadas.

Oh, na minha prática, como eu te falei, é o trabalho mais exclusivamente com a questão da promoção de saúde, na prevenção né. Esse apoio a gente ouviu muito falar no protocolo né, é muito bonito que a gente vai ler, tem uma série de coisas que a gente acha bonitinho né, mas se realmente funcionasse ia dá muito certo, mas que na prática não é assim não né. A prática, como eu te falei, é mais esse trabalho em equipe, em grupo,

exclusivamente pra isso né. Quando a gente busca né, é, o apoio de outras redes a gente tem certa dificuldade, a secretaria de saúde inclusive tenta muito, é, vê se consegue unir, mas, é muito complicado, a gente não consegue muito não. [...] É, é quando a gente busca, que a gente tem um apoio de outras redes especializadas né, pra desenvolver tais atividade né, na minha opinião é isso. (P3)

Neste caso, vemos que a psicóloga afirma que o matriciamento tem a ver com a promoção da saúde e com a prevenção de doenças e agravos. Associa também matriciar a um encaminhamento para a RAS do município, colocando a dificuldade encontrada neste processo.

O NASF ele vem realmente pra apoiar a equipe de saúde da família, ou seja, ele vem pra trazer outros profissionais para atuar nessas equipes, nessas populações, porque você acaba é... abarcando uma população né? E você cria vínculos com essa população, é bem interessante isso, você tá bem próximo daqui... E aí o que é que acontece, a gente vê aquela demanda né... é muito trabalhar em coletivo, em grupo, até porque com grupo você consegue abarcar maior quantidade de pessoas, né do que se você for trabalhar individualmente e com relação a, num sei, as visitas domiciliares que são feitas conforme a necessidade e o atendimento individual que na realidade como eu falei pra você antes, não dá pra você fazer terapia, não dá pra atender todo mundo, então o que é que você tem que fazer? Você acaba priorizando os casos realmente necessários e eles são na realidade já descritos nas próprias diretrizes né? [...] (P4)

Tomando a fala acima como exemplo, percebi que, ao serem perguntadas sobre se realizavam apoio matricial com as eSF, essas psicólogas falavam sobre uma série de aspectos de suas ações (tal como visitas domiciliares, atendimentos em grupo e individual, trabalhos com promoção da saúde e prevenção de agravos, entre outros), mas não havia segurança sobre o conceito. Na entrevista com a psicóloga P5, essa insegurança ficou tão nítida em sua fala que, ao ser questionada sobre como entendia o apoio matricial, ela, além de não responder, me lançou um olhar de extremo constrangimento, pedindo para que parasse a gravação da entrevista naquele momento.

Dessa maneira, percebi que a maior parte das respostas indicou uma confusão ou uma visão distorcida e/ou parcial do significado do apoio matricial: apoiar é realizar seu trabalho, dando a contribuição da Psicologia para as ações da ESF, entendendo ainda que a equipe NASF não é uma equipe à parte da ESF, mas presta apoio às equipes de saúde da família, mesmo que não saiba o significado desse apoio. Apenas a psicóloga P1 apresentou uma compreensão mais clara do significado do apoio matricial:

Apoio... o meu entendimento é que apoio matricial é estratégia de trabalho. O apoio matricial, que inclusive não é novidade e as pessoas falam como se fosse novidade, isso já é preconizado na política do CAPS há muito tempo. Que uma equipe especializada venha propor uma parceria, um apoio técnico-pedagógico, com a equipe generalista. Isso é apoio matricial. É o que o NASF faz. É o que o CAPS poderia fazer junto com o NASF, nas unidades. Mas por conta das questões deles né, não tem carro também, não tem esse entendimento, eu acho que nunca vi essa discussão no CAPS inclusive, do pouco do contato que eu já tive, então, apoio matricial não é uma ferramenta, ferramenta é o PTS, é o projeto terapêutico singular, comunitário. São as minhas atividades específicas. Mas matriciamento é a proposta... É o processo de trabalho. Porque eu trabalho com matriciamento. Eu vou na unidade, eu sou uma equipe volante, com especialidade que vai na equipe generalista. Isso é que é apoio matricial.

Esta psicóloga, além de fazer parte da primeira leva de psicólogos inseridos nos NASF do município ainda em 2009, realizou pós-graduação em Saúde Pública e, a partir de uma série de interações com ela, percebi o perfil de uma profissional que busca e questiona sua prática, demandando outros conhecimentos sobre o NASF na literatura, em congressos e em outras formações que possam embasar teoricamente suas ações. Ela entende e age a partir do *campo* da Saúde Coletiva, conseguindo abarcar conhecimentos que não são específicos da Psicologia e tentando estabelecer diálogos e interfaces com as outras categorias profissionais a partir de seu núcleo de conhecimento.

Todavia, o desconhecimento pela maior parte das psicólogas a respeito das possibilidades de atuação que estão implicadas na perspectiva do apoio matricial acaba, assim, acarretando um exercício profissional focado em uma atenção centrada na doença e em procedimentos puramente curativos, reproduzindo práticas advindas de uma lógica biomédica historicamente criticadas no campo da Saúde Coletiva. Assim, o NASF vai atuar apenas a partir de uma predominância ambulatorial e desenvolver suas ações mais precipuamente na dimensão assistencial do apoio matricial.

Esse tipo de atuação pode ser explicado em parte por uma pressão exercida pela população (que espera ser atendida individualmente), pelas eSF (que, muitas vezes, esperam do NASF apenas suporte para atendimentos clínicos diretos), como também pela gestão (que muitas vezes cobra apenas a “produção” quantitativa dos atendimentos). Além disso, destaco o processo formativo vivenciado na graduação em Psicologia, que foca nos seus estágios precipuamente ações voltadas para a assistência, desconsiderando a prevenção e a promoção da saúde. Além disso, ainda no processo formativo, a graduação em Psicologia em boa parte

direciona o seu olhar para a patologia – no caso *psi*, para a psicopatologia –, desconsiderando os aspectos realmente saudáveis, construtivos e de crescimento dos seres humanos.

Dessa maneira, mesmo com uma série de mudanças que vem acontecendo no processo formativo dos psicólogos e das psicólogas, as ênfases no final dos cursos de graduação e os estágios que são aí desenvolvidos baseiam-se em grande parte em ações assistenciais e clínicas, muitas vezes sem vivências nas políticas públicas. Todavia, mesmo atuando nestas políticas, os estudantes que aí desenvolvem suas ações correm o risco de transformar uma proposta interessante e revolucionária em mais um dispositivo ambulatorial. Atuando a partir dessa perspectiva ambulatorial e biomédica, existe uma limitação dos profissionais da Psicologia em ampliarem seu escopo de atuação para além do seu *núcleo* de saber. (BRASIL, 2014) Tentarão, assim, aplicar seus conhecimentos mais propriamente clínicos e voltados para a atuação individual em uma realidade que necessita uma intensa articulação interprofissional e interpessoal e que se volte para o coletivo, como necessidade de atuar a partir da prevenção e da promoção da saúde.

Pensando especificamente nas ações da Psicologia desenvolvidas no âmbito das equipes NASF atuantes no município, consegui ter uma visão, principalmente a partir da etnografia, da sua diversidade. Como visto, a dinâmica de trabalho destas nasfianas é mutável e elas atuam a partir da demanda que vai surgindo, tendo que analisar constantemente o impacto de suas ações, fazendo as adaptações necessárias. Estas profissionais, pela característica do trabalho no NASF, desenvolvem um número razoavelmente grande de atividades. Todavia, no seu cotidiano estão concentradas em algumas poucas ações, sendo as principais: acolhimento/atendimento individual dos usuários, atividades em grupo, sala de espera e visita domiciliar. Estas atividades concentram a maior parte das ações realizadas em seu cotidiano. Existem várias outras atividades, mas que não são desenvolvidas com a mesma regularidade. Irei discorrer a partir de agora sobre estas e as outras ações, junto com a discussão de suas especificidades.

Com certeza uma das atividades mais realizadas e, talvez, a mais controversa, seja o atendimento individual. Entendo como controversa porque, segundo dados coletados, tanto com a enfermeira referência do NASF, como com as psicólogas pesquisadas, existe uma orientação da SMS (e também do MS) para que o foco das ações não se dê nos atendimentos individuais, já que se espera uma atuação focada no coletivo. A indicação, além disso, é que, quando houver uma real necessidade, que o atendimento individual seja compartilhado, como no caso da interconsulta. Não que o atendimento individual seja proibido, mas não pode ser o

foco principal das intervenções. De qualquer maneira, percebi nesta atividade um ponto de tensão e divergência de entendimento entre as psicólogas nasfianas, no sentido da possibilidade de realizar o atendimento, de como e por quanto tempo fazê-lo.

Na realidade, o que averigui é que, sob o rótulo de “*atendimento individual*”, existem várias possibilidades de interação com o usuário de forma individual, que envolvem algum tipo de manejo clínico com o mesmo. Uma dessas formas diz respeito a um acolhimento inicial ou um primeiro atendimento desse usuário que é encaminhado pela eSF ou que surge de forma espontânea na USF. Nesse acolhimento pode haver, a partir de uma conversa da psicóloga com o cliente, a identificação da problemática e o encaminhamento para a RAS/RAPS (podendo ser referenciado para o CAPS, para um atendimento psicopedagógico em um serviço ligado à prefeitura ou para uma clínica-escola de Psicologia da região). Esse tipo de intervenção também é chamado de *triagem* pelas profissionais.

Se em apenas um atendimento não for identificada a problemática ou se esse usuário ainda necessitar de outro encontro, pode-se marcar diretamente com esta psicóloga outro atendimento. Se este usuário demandar um acompanhamento psicoterapêutico e a psicóloga avaliar que o mesmo não tem condições, por exemplo, de procurar uma clínica-escola ligada a alguma faculdade privada de Psicologia (por não ter condições de pagar sua passagem de transporte público ou porque a família não permitiria o deslocamento), ela mesma realizará um acompanhamento mais sistemático, que pode se configurar como uma psicoterapia.

Então, por exemplo, eu vejo que pra essa pessoa sair de casa, que demanda tempo ir pra uma clínica-escola de Psicologia, por exemplo, fazer um acompanhamento demanda um tempo que vai criar um conflito com o marido que não aceita que ela saia, eu faço dentro da unidade esse acompanhamento. E aí eu faço dentro da minha abordagem. [...] Então eu vou tentando organizar, na verdade eu vou tentando administrar com a demanda, porque assim a gente não tem atendimento marcado, não é uma consulta, então eu tento organizar de acordo com a demanda espontânea. Porque demanda espontânea... - “Esse dia a psicóloga vai estar realizando atendimentos.” Podem chegar dez, como pode vir nenhum, como pode vir dois. Porque é muito difícil, minhas áreas são muito distantes, e as pessoas são muito carentes, eu tenho muita pena de mandar essas pessoas pra tão longe, às vezes por questões né que são passageiras, que eu sei que é breve... se eu percebo que é uma coisa breve, que eu posso estar ali contribuindo, eu não passo a bola. (P2)

Se realiza atendimento individual, como realiza, durante quanto tempo e com qual abordagem, isso tudo é muito relativo ao perfil de cada profissional e à sua trajetória de formação e interesse. Se esta profissional tem um forte perfil pautado na clínica, focará muitas

vezes suas ações em atendimentos ou intervenções clínicas. Outra profissional não se sentirá à vontade para isso.

É, eu não sou da área clínica né, então eu procuro evitar ao máximo. Até porque eu não tenho tanto conhecimento dessa área, como te falei, sou perita em trânsito, eu direcionado mais pra atividade em grupo porque eu me identifico mais. Então eu faço, quando eu faço a escuta né, eu faço a escuta e percebo que só realmente uma escuta, quando eu percebo que é alguma coisa que precisa de uma orientação melhor especializada eu encaminho. Pra as redes né. Encaminho. Eu procuro, eu evito o máximo fazer esses atendimentos, justamente por isso, procuro o máximo evitar justamente por isso, porque eu não me sinto altamente capacitada pra atender. Né, nessa área clínica, eu não tenho nenhuma capacitação. Por isso que eu evito, eu tô sempre passando pelos cantinhos né, quando eu percebo que precisa eu encaminho pra rede. (P3)

Esta psicóloga claramente não se sente à vontade para realizar qualquer tipo de atendimento individual, muito menos psicoterapia. Além de não ter identificação com este tipo de intervenção, ela alega não ter tido durante sua graduação experiência clínica que pudesse subsidiá-la para tal prática. Dessa forma, prefere encaminhar esses casos para a RAS ou realizar ações em grupo, seu grande foco de trabalho. Outras psicólogas, tendo tido a formação clínica e atuando paralelamente ao NASF em seus consultórios clínicos, tendem a focar suas ações em atendimentos individuais com nítidos matizes de um manejo clínico individual. Outras psicólogas têm certo receio em passar uma imagem claramente clínica em sua atuação, como forma de desconstruir essa imagem para a população, como é o caso de P6. Assim, existe entre as psicólogas pesquisadas uma variação neste tipo de intervenção, de forma que a psicóloga P3 está em um extremo (dizendo evitar ao máximo qualquer ação clínica/atendimento individual) e P2 está no outro extremo (sendo a profissional que mais utiliza intervenções clínicas individuais). Entre os extremos, encontramos psicólogas que desenvolvem a clínica individual, de certa forma, equilibrada com outras atividades.

A realização propriamente dita da psicoterapia (ou de alguma ação que se aproxima da mesma) aparece como o elemento que mais provoca confusão nestas profissionais, já que, antes de tudo, estabelecer um *setting* terapêutico envolve uma série de variáveis estruturais (na USF) e psíquicas (com o usuário). Além disso, essa ação é vista pela SMS como uma radicalização do atendimento individual e há fortes críticas neste aspecto. Essa crítica acontece porque, mesmo que o processo psicoterápico seja breve ou focal, a psicoterapia implica a sistemática de alguns encontros com o mesmo usuário, significando o comprometimento de certo tempo de um profissional da Psicologia durante várias semanas ou

meses para apenas um único usuário. Segundo a lógica do atendimento coletivo, mas também da avaliação de uma produção numérica, isso teria um impacto quantitativo reduzido na população, segundo a SMS.

Pela proposta e formato do NASF (BRASIL, 2014a), que preconiza aos nasfianos não focar suas ações no atendimento individual (entendendo-o como mais uma das possibilidades clínicas), o profissional não precisa atuar necessariamente a partir de alguma abordagem psicoterapêutica.

Não, no NASF eu não preciso assumir nenhuma abordagem. Ali é um acolhimento que é preconizado como qualquer profissional de saúde. Tem um procedimento específico, que é a triagem que eu chamo né? Realmente são questões que... que devem ser encaminhadas pela rede né? É... casos severos têm que mandar pro CAPS. (P1)

No que diz respeito a este aspecto da realização da psicoterapia, da sua utilização ou não no NASF, cada psicóloga vai considerar sua necessidade, seu formato e duração. Quando perguntadas (quando relataram realizar psicoterapia) sobre qual abordagem psicoterapêutica utilizavam em suas intervenções clínicas, relataram se basear numa grande diversidade de abordagens psicoterapêuticas: Abordagem Fenomenológica, Cognitiva-Comportamental, Psicologia Analítica, Gestalt-terapia e Abordagem Sistêmica. Analisando a tônica das falas destas psicólogas mas principalmente em campo pude apreender que, mesmo não realizando a psicoterapia no seu sentido mais clássico, nos atendimentos individuais em seus variados tipos realizados, a abordagem clínica de formação condiciona o olhar profissional: na forma de falar, de intervir e de dar continuidade a determinado caso.

A maioria das psicólogas expressa que, de forma geral, não realiza um processo psicoterapêutico propriamente dito pela deficiência de espaço físico apropriado e muitas vezes pela dificuldade da maioria dos usuários de se “enquadrar” em um tipo de elaboração psíquica necessária para se desenvolver um processo deste tipo. Desta forma, quando realizam psicoterapia, a utilizam de forma breve/focal, com uma média que varia entre cinco e dez sessões.

Mas quando tem também, eu não vou lhe dizer que eu faço escuta, acho que é uma terapia breve. A minha abordagem que eu tenho mais identificação é a fenomenológica. Mas se eu lhe disser que eu conduzo exatamente assim ia estar mentindo. É muito mais um acolhimento e uma intervenção específica, focal. Pronto, já tive, já tive acompanhamento sim. Tenho dois, tenho um... tem uns três agora, que eu acompanho há mais tempo... que eu posso dizer...

vamos dizer que estão adentrando no processo terapêutico. Mesmo, de repensar... mas é difícil, geralmente. (P1)

Em alguns casos bastante específicos e segundo a avaliação das profissionais, é desenvolvido um processo mais demorado, tendo algumas psicólogas relatado casos de desenvolvimento de processo terapêutico durante até mesmo um ano de duração.

... já tem uns quatro meses comigo, com outra ficamos quase um ano ... foi a que mais ficou comigo, acompanhamento mesmo, marcando semanalmente. Mas inclusive não é o ideal isso não. O ideal é que o município tivesse um ambulatório que nós pudéssemos encaminhar, já que o NASF não é pra fazer isso. Se tivesse, se eu entendesse que aquele paciente, que aquele usuário, aquele indivíduo, tem uma demanda e tem o perfil para psicoterapia eu teria que encaminhar para a unidade de média complexidade ambulatorial. (P1)

Estabelecendo relação com o que foi discutido anteriormente sobre a articulação com a RAS local, e mais especialmente com a RAPS, por não ter muitas vezes para onde encaminhar esses usuários, estas profissionais acabam avaliando a necessidade de garantir o atendimento destes no formato psicoterapêutico.

Conversando com as psicólogas em campo, elas relatam ser muito bem recebidas pela população. Além da boa receptividade, percebi que a presença do(a) psicólogo(a) na USF significa muitas vezes aquele(a) que irá resolver todos os problemas e conflitos vividos pelos usuários.

Eles quando descobrem que tem um psicólogo na unidade, parece que tem um Deus né, porque parece que todo mundo acha que psicólogo resolve todos os problemas né, que vai tá resolvendo problemas de financeiro, problema amoroso, parece mãe de Santo né. Então, eles adoram psicólogo na unidade. Mas, como eu falei, eu não abro pra atendimento, então, quando eles descobrem que o psicólogo não abre pra atendimento, então muitas vezes causa uma confusão assim na unidade, a gente tem problemas em relação a isso. É por isso que muitas vezes eu atendo, que eu sei que não tem necessidades pra escuta, só pra não ter que responder um problema maior, ou uma denúncia na secretaria de saúde. Mas, pra o usuário é Deus na terra quando descobre que tem psicólogo né. Eles acham que eu vou resolver todos os problemas, que eu vou ajudar em tudo na vida deles. E aí, muito bem recebida, o ideal seria se realmente tivesse um psicólogo pra cada unidade, aí poderia tá fazendo um trabalho bacana. Mas, não tem. (P4).

Os usuários buscam as psicólogas principalmente para atendimentos clínicos individuais. Entretanto, a partir de suas participações em grupos, nas visitas domiciliares e em outros espaços e ações, a população começa aos poucos a visualizar outras possibilidades de atuação deste profissional.

... a comunidade, me surpreendeu, porque eles têm bem estabelecido o papel do psicólogo dentro do NASF. Eles já chegam buscando atendimento, sabendo de que forma aquele profissional pode estar ajudando, apesar de o grupo terapêutico eles não quererem participar, terem aquela visão, né, mas em atendimentos individuais, recorrendo às orientações familiares, visitas domiciliares, os agentes comunitários também buscam passar muito o papel do psicólogo no NASF para a comunidade. Então eles chegam com esse papel bem estabelecido. Uma dificuldade que eu observo é: eles têm muito aquela visão ainda do psicólogo clínico realmente, então eles vêm à unidade, buscando o atendimento regular, terapêutico, clínico, e a gente busca passar a imagem de que o profissional de Psicologia pode estar inserido em vários contextos, atuando na Psicologia de uma forma diferente do que eles estão acostumados... percebo que uma grande parte da comunidade já tem essa visão do psicólogo como um profissional próximo à realidade deles e não aquele sujeito com o seu suposto saber. (P6)

Vemos, assim, que o psicólogo sente que seu trabalho, aos poucos, vai sendo cada vez mais valorizado de outros modos: pelos profissionais do NASF e ESF, pela gestão municipal e, principalmente, pelos usuários.

As demandas mais frequentes trazidas para as psicólogas, tanto pelos usuários como pelos outros profissionais do NASF e da ESF, são: uso abusivo de álcool e outras drogas (e seu impacto na dinâmica familiar), uma série de problemas no desenvolvimento infantil (autismo, síndrome de Down e outras síndromes genéticas, entre outros), transtornos da aprendizagem (“supostos” TDHA, dislexia, entre outros), uma série de conflitos familiares (principalmente brigas e desentendimentos entre casais e entre pais e filhos), violência familiar (principalmente violência física e psicológica dos homens em relação a suas esposas/companheiras), depressão, insônia, ansiedade, síndrome do pânico. De todos estes, as psicólogas relatam a maior incidência das problemáticas relacionadas ao álcool e outras drogas, conflitos familiares, violência familiar e transtornos da aprendizagem.

Trago aqui estas problemáticas pois foram muito evidentes em minha etnografia e porque demonstram, na prática, como as ações assistenciais da Psicologia no NASF são generalistas e não focam em uma problemática específica. A não ser em situações que envolvam campanhas voltadas a alguma doença (tal como hipertensão e diabetes) e promoção da saúde (tal como o incentivo para a realização de exercício físico ou para uma boa

alimentação), estas psicólogas tem de estar prontas para lidar com qualquer tipo de problemática. Daí a necessidade prática de transitar no *campo* da Saúde Coletiva de forma mais aberta (algo que a Psicologia vem desenvolvendo apenas nos últimos anos), como também de conhecer as patologias e procedimentos que não fazem parte diretamente do *núcleo* de saberes da Psicologia.

No aspecto do aumento da amplitude de ações da Psicologia no SUS e também no NASF, muito se tem falado sobre a realização de *grupos* como forma de atingir e aumentar o impacto na coletividade dos usuários (BRASIL, 2010). A SMS deste município incentiva a realização dos grupos por todos os profissionais do NASF e essa tem sido uma prática bastante utilizada. Algumas orientações oficiais (BRASIL, 2014a) enfatizam as práticas grupais como importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. Esse tipo de ação não deve ser pensado somente como forma de dar conta de uma demanda quantitativa, mas enquanto prática que propicia a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos. A principal função de muitos desses grupos deverá se situar na educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a co-responsabilização dos usuários alguns de seus objetivos.

Da mesma forma que nos atendimentos individuais, observei na etnografia, sob o rótulo de “grupo”, ações com variados formatos e objetivos: reuniões em grupo, grupos de encontro, grupos terapêuticos, grupos de educação em saúde, grupos de capacitação, sala de espera em grupo, entre outros. Especificamente com os usuários, acompanhei em campo grupos direcionados a vários públicos: crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pais, hipertensos, diabéticos, gestantes e cuidadores, principalmente de idosos.

...(nós realizamos) muita atividade em grupo e aí a gente abarca muito assim, como é que a gente faz o grupo, a gente vai: idosos, adolescentes, crianças é mais difícil, a gente trabalha mais com os pais na realidade, eu pelo menos particularmente faço mais com os pais, dar orientação, a gente vai nas escolas também, quando a gente quer trabalhar com adolescente é melhor a gente ir na escola, por incrível que pareça o único grupo bom de adolescente que a gente tem é na zona rural, acho que é porque eles não tem muita coisa aí eles vão pros grupos, entendeu? (P4)

Existem também os grupos direcionados às equipes de saúde da família em situações bem pontuais: grupos direcionados especificamente para os ACS e grupos com toda a equipe de saúde da família. Aqui são desenvolvidas intervenções focando nas relações interpessoais ou no suporte técnico-pedagógico na área da saúde mental, com temas que versam

principalmente sobre o sofrimento psíquico e como a eSF pode estar intervindo com esta questão.

Em campo observei que a forma, o público e a periodicidade de cada grupo são elementos discutidos entre a equipe NASF e a eSF. Definida a composição e dinâmica de determinado grupo, geralmente precisa-se da colaboração principalmente dos ACS e das enfermeiras das USF: os principais divulgadores e articuladores das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde.

No que diz respeito à responsabilidade pela condução dos grupos, existe uma variação muito grande. No geral, cada profissional do NASF assume a responsabilidade de determinado grupo dependendo de seus interesses, formação e experiência. Assim, um grupo no qual se trabalha questões de autoestima é conduzido pela psicóloga; um grupo que trabalha as questões alimentares será assumido pela nutricionista, e daí por diante. Todavia, como a equipe NASF desenvolve suas atividades muito em parceria de um profissional com outro, todos os profissionais (dependendo do seu planejamento no dia) acabam dando a sua contribuição num determinado grupo. Assim, inclusive se o profissional responsável não puder estar naquele dia, será substituído por outro profissional do NASF ou da eSF.

Muitas vezes o grupo é definido e composto e começa a funcionar da forma prevista durante algum tempo. Todavia, por uma série de motivos, alguns deles acabam não tendo mais participantes e deixam de existir. Alguns desses motivos observados na prática e expressos pelas psicólogas com quem acompanhei as atividades são: falta de apoio e divulgação (principalmente pelos ACS), falta de lanche (às vezes a única motivação para frequentar o grupo), falta de “novidade” no formato e na temática dos grupos, maneira burocrática e assimétrica na condução dos grupos pelos profissionais, entre outros. Até o próprio nome como o grupo é divulgado para os usuários pode interferir em sua participação.

[...] eu já tentei fazer algumas atividades direcionadas a saúde mental, um grupo de saúde mental mesmo, mas aí é muito gozado porque eu não posso nem colocar que é grupo de saúde mental porque senão ninguém aparece. ... Até o nome do grupo você tem que ter um cuidado especial... Qualidade de vida, Oficina Terapêutica, pras pessoas chegarem a ir, entendeu? Porque senão não vão. É... até isso a gente tem que ter todo um cuidado pra poder participar. (P4)

Existem muitas reclamações das psicólogas sobre a não participação dos usuários nos grupos. Como pude perceber na etnografia, nem sempre os grupos se mostram atrativos para as pessoas, já que suas propostas muitas vezes não contemplam uma prática participativa e

envolvente. Outras vezes vi, sob a divulgação do formato de *grupo*, uma espécie de consulta coletiva ou sessões meramente informativas referentes a alguma temática. Aqui prevalece um tipo de prática em que, de acordo com Campos (2003), incide a ideia de uma “clínica degradada”: clínica impotente e diminuída, indiferente muitas vezes às necessidades dos usuários, que explicaria parcialmente a não adesão.

As práticas em grupo nas quais observei uma maior participação e envolvimento dos usuários foram aquelas nas quais estas profissionais conseguiram de fato criar um canal de comunicação efetivo com o usuário, em que existia uma escuta e um interesse real naquilo que o usuário trazia (de relato e/ou conhecimento); em que o usuário se colocava em um lugar ativo e propositivo em relação às temáticas discutidas, formas de organização e condução do grupo. Observei estas características em algumas salas de espera e grupos de educação em saúde.

Outra ação também bastante presente no cotidiano das psicólogas é a *sala de espera*. Sob o nome de sala de espera são desenvolvidas atividades de repasse de informações para aqueles usuários que esperam para ser atendidos nas USF. Na etnografia, observei várias ações dessas sendo realizadas. Algumas eram programadas: geralmente traziam a discussão sobre assuntos que estavam em pauta por toda a equipe NASF e eSF, tais como diabetes, hipertensão, alimentação saudável, entre outros. Em outros momentos, as psicólogas levavam temáticas para serem discutidas que eram escolhidas por elas próprias, tais como: processo de desenvolvimento infantil, problemas de aprendizagem, maternidade, depressão, entre outros.

Nesses momentos descritos, em que as psicólogas já tinham uma programação sobre o que falar, elas já levavam um *script* pronto, muitas vezes distribuindo materiais informativos cedidos pela SMS ou organizados por elas próprias. Em outros momentos, as psicólogas não tinham necessariamente um tema definido para abordar e abriam o debate com os usuários presentes a partir do interesse destes. Em todas as situações por mim observadas, as salas de espera eram momentos bastante rápidos (entre 10 a 20 minutos), realizados com pouca interação com os usuários. As interações aconteciam com mais frequência nas situações em que os temas eram trazidos pelos próprios usuários.

Na maior parte das vezes, essas salas de espera eram realizadas apenas pela própria psicóloga. Em algumas vezes, ela foi realizada em conjunto com outros profissionais do NASF. Na maior parte do tempo, me parecia que este tipo de ação era muito mais um momento burocrático (exigido pela SMS) e que não despertava muito interesse nos usuários. No geral, eram momentos rápidos, pouco interativos e formais. Tanto é que algumas psicólogas, notadamente as inseridas há mais tempo, nem mais realizam estas ações,

avaliando que as pessoas não aguentam mais ouvir sobre os mesmos assuntos e que não dão mais atenção à atividade. De fato, percebi que apenas as psicólogas inseridas há menos tempo no NASF as realizavam.

Ainda outra ação visualizada foi a *visita domiciliar*. Essas visitas acontecem geralmente com usuários acamados ou com dificuldades de se deslocar para as USF. Na etnografia, acompanhei várias visitas domiciliares, sempre feitas por vários profissionais do NASF: entre 2 a 4, em média. As visitas aconteciam mediadas pela articulação e presença dos ACS. Presenciei situações nas quais havia uma interação respeitosa entre os diversos profissionais presentes: cada qual intervia dentro da sua área de formação e conhecimento e iam repassando informações para o usuário e sua família. Os profissionais acompanhavam o andamento de suas indicações terapêuticas (nos casos de retorno do profissional para a residência), da mesma forma que encaminhavam para a RAS, caso houvesse necessidade. Um desdobramento dessas visitas é a discussão do caso entre os profissionais e um posterior plano de intervenção para o usuário, que não chegava a se configurar em um projeto terapêutico propriamente dito, mas numa troca de informações para futuras intervenções.

Em alguns momentos, a visita domiciliar acabava se transformando em uma *interconsulta*, como nos informa a psicóloga P4:

Então eles têm interconsulta com a gente também, por exemplo, é... numa época eu tive uma senhora acamada. E eu fiz uma interconsulta na casa dela, uma VD (Visita Domiciliar), com a médica do lugar que era... eu acho que era peruana, o fisioterapeuta e eu. E aí a gente viu que ela antes, eu acredito que ela teve alguma parte lesionada, porque ela era cantora e tocava, e tinha um violão lá, aí eu peguei o violão e brinquei com ela assim um pouquinho e a gente foi né, sabendo o que era desejo dela de viver, porque a gente não tem o poder de dar desejo ao outro... e aí a gente foi ouvindo aquela angústia, o fisioterapeuta foi dando algumas instruções à filha, de como melhorar a parte da articulação dela, de movimentação, da práxis mesmo... e... a médica foi ver a faixa de pressão, os medicamentos, e foi muito interessante!!! Porque a gente começou a ouvir relatos depois, de que ela queria sair de casa, sabe, não saía, então a gente viu que ela se sentiu muito especial naquele momento: Poxa, eu tenho uma médica que foi na minha casa!!!!... Poxa, a Psicóloga veio aqui, me ouviu.... eu não podia sair de casa, eu não queria sair de casa, ela tinha perdido já alguns membros inferiores, foram amputados, tinha diabetes também e... foi muito interessante aquela interconsulta mesmo!!! Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta...

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) preconiza que a interconsulta ou a consulta compartilhada (nomenclatura adotada pela instituição) aconteça quando estiverem presentes pelo menos um integrante da equipe de Saúde da Família e um do NASF. No caso das visitas

domiciliares, nas quais há a presença de vários profissionais do NASF teoricamente não estaríamos falando de interconsulta. Todavia, se consideramos a interação de vários profissionais com um mesmo usuário e sua problemática, trazendo uma série de contribuições diversificadas, podemos considerar como uma consulta compartilhada. A questão aqui fundamental é que a equipe de referência, responsável primeira pelo vínculo com o usuário e pela continuidade do cuidado, deverá estar presente, para que a própria noção de *apoio* se configure de fato: o NASF, enquanto equipe de apoio, dá o suporte especializado para a equipe de referência (eSF) que será responsável pelo usuário e pela continuidade do cuidado.

A interconsulta é um tipo de ação pouco desenvolvida pelas psicólogas pesquisadas. Isso porque, mesmo entendendo a potencialidade desse tipo de atendimento, é necessária uma abertura e uma articulação com os profissionais da eSF, principalmente com os médicos e as enfermeiras.

E tem as interconsultas... Mas é difícil porque tem uma resistência... é uma das atividades do NASF que até a questão da avaliação individual da consulta deveria ser em parceria com um profissional, né? Da unidade de referência, porque nós somos unidade de apoio. Então deveria ser orientado é... encabeçado por um profissional de referência, que é o médico e a enfermeira. Mas, são vinte pessoas pra atender num dia, né? Mas o profissional demora, tem a rixa pessoal de ter outro colega na sala... a gente não consegue fazer essa intervenção. Eu já consegui umas duas unidades, assim, marcada, agendada, né? Mas geralmente, hoje em dia tem aquela questão pessoal, né? Pra agendar é complicado. Principalmente com o médico. (P1)

Se não houver essa articulação com os profissionais de referência e eles não se sentirem confortáveis na presença de outro profissional, esse tipo de intervenção não acontecerá ou irá se desenvolver de forma truncada. Principalmente no caso dos profissionais da Medicina, é necessária uma humildade pessoal e profissional para aceitar, em pé de igualdade, que uma psicóloga possa discutir e opinar sobre um determinado caso e se chegar a um consenso sobre a terapêutica a ser adotada. Algo realmente desafiador para o perfil da maioria dos profissionais de Medicina formados em nosso país. Uma ressalva novamente pode ser feita em relação ao perfil totalmente diferenciado do(a)s médico(a)s cubano(a)s atuantes nas USF nas quais as psicólogas desenvolviam suas atividades. Estes profissionais participavam ativamente das atividades educativas, grupais e de planejamento, inclusive na realização da interconsulta. Nas situações observadas, entendi que esse tipo de intervenção acabou se configurando como um momento em que o vínculo interprofissional e com o

usuário foi fortalecido, permitindo uma comunicação e uma coleta de dados sobre o mesmo que redundou em uma pactuação mediada de ações terapêuticas.

Outra ação preconizada pelo MS e também encontrada nesta pesquisa foi o *Projeto Terapêutico Singular/PTS*. O PTS pode ser entendido como um instrumento de intervenção desenvolvido principalmente no âmbito da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica e que pressupõe uma ação integrada da equipe que valoriza outros aspectos no tratamento além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Trata-se de uma variação da discussão de caso clínico, que se desdobra num conjunto de propostas terapêuticas articuladas para a atenção a um sujeito, uma família, um grupo ou um coletivo, propostas estas construídas por uma equipe interdisciplinar, a partir da análise do caso como realmente necessário (CUNHA, 2009). Como um dispositivo de tratamento do usuário, o PTS deve respeitar a singularidade daqueles a quem se direciona e pressupõe uma articulação profunda entre os membros da eSF, NASF e também dos usuários e indivíduos implicados. Por isso sua aplicação é um desafio para muitas equipes.

Por ser uma prática tão desafiadora e que envolve um diálogo e um ultrapassar barreiras disciplinares e profissionais, o PTS foi mencionado como bastante difícil de ser realizado e foi colocado em prática poucas vezes pelas psicólogas entrevistadas. Apenas duas psicólogas afirmaram tê-lo realizado e, na etnografia, não participei de nenhum. Uma delas afirmou que conseguiu realizá-lo com dois usuários que tinham uma problemática pessoal muito complexa, inclusive com a participação dos médicos das USF. A outra psicóloga alega que tem tentado desenvolver esta prática em seu cotidiano, mas destaca a dificuldade em realizá-lo.

É... quando acontece o projeto terapêutico singular são com casos mais específicos, casos mais complexos que demandam mais uma interação com a equipe no sentido de elaborar estratégias em relação àquele caso, em cada especificidade, né, profissional. É, isso quando é feito nós registramos o que é possível registrar no prontuário do paciente, mas nós não temos um registro próprio, único, do projeto terapêutico singular. Que foi uma das recomendações do pessoal do PMAQ, né, que regulamenta os processos dos atendimentos do posto de saúde, que exista um material específico para registro. Acredito que, pela própria dinâmica de atendimento do posto, quando acontece a elaboração do projeto terapêutico singular, nós não contamos com a participação de todos os profissionais, nós não conseguimos ter esse momento. Conseguimos ter momentos isolados onde são elaboradas as estratégias e, pra que esse atendimento aconteça, pra que esse acompanhamento a partir do projeto terapêutico singular aconteça. Mas voltando a falar, como eu já havia comentado né, não existe um meio de registro específico, e, sim, o prontuário do próprio paciente, onde a gente faz o registro do projeto. (P6)

Mesmo reconhecendo os desafios que envolvem a utilização deste dispositivo, esta profissional vem tentando, muitas vezes a partir de sua própria iniciativa, nas situações nas quais a eSF ou NASF avaliem como demandando sua utilização. Ainda outra dificuldade apontada por P6 é a inexistência de um local ou documento específico para anotar os dados do PTS nas USF.

Para ilustrar ainda outras ações realizadas pelas psicólogas investigadas, posso citar o trabalho desenvolvido no *Programa Saúde na Escola/PSE*, no qual são desenvolvidas, por todos os profissionais do NASF, atividades educativas (geralmente em formato de palestras) nas escolas da área de abrangência das USF; e também o que os profissionais do NASF chamam de *Ações de impacto*, atividades pontuais em Feiras de Saúde organizadas pelas USF ou pela SMS, geralmente para tratar de alguma questão específica, tal como o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, campanhas que envolvam a Hipertensão, Diabetes, Câncer de Mama, Câncer do Cólo do Útero, entre outras temáticas. Nessas ações de impacto, cada profissional é convidado a desenvolver, geralmente em espaços tais como praças ou prédios públicos, ações que tenham relação com a problemática que está sendo discutida.

Apenas uma única psicóloga (P1) relatou desenvolver, e acompanhei esta atividade em campo, aquilo que a SMS chama de *reunião comunitária*. Nessa proposta, a equipe NASF abre um espaço com os usuários, principalmente na sala de espera, para que eles falem sobre aquilo que os incomoda em relação às ações desenvolvidas na USF. Na reunião que acompanhei, observei os nasfianos (a psicóloga junto com outros profissionais do NASF) suscitando a discussão e poucos usuários realmente participando ou tendo interesse em participar. Segundo relato da psicóloga que participou da ação, isso é uma exigência da SMS que, com o tempo, passou a não fazer muito sentido continuar, já que as pessoas não querem participar e, quando participam, falam sempre das mesmas coisas: falta de medicamentos na USF, falta de vagas para a marcação com os médicos em outros níveis de complexidade da RAS. Dessa forma, me pareceu apenas mais uma atividade imposta pela Secretaria de Saúde do que uma atividade que agregue e contribua de fato com o Controle Social no município. Isso tanto parece ser verdade que nenhuma das outras psicólogas pesquisadas chegou mesmo a citar a existência dessa atividade.

Como discuti acima, a ênfase das ações dessas profissionais se dava na dimensão clínico-assistencial do referencial teórico-metodológico do *apoio matricial*. Algumas poucas ações técnico-pedagógicas eram desenvolvidas com os profissionais das equipes de Saúde da

Família. Mas por que essa ênfase? Entendo que um dos elementos implicados, ainda que parcialmente, foi a ausência em suas graduações de uma discussão e vivência profunda e crítica sobre o SUS, a reforma sanitária e psiquiátrica e suas implicações para a prática atual no NASF. Como o processo formativo não acaba na graduação, percebi também que a falta de uma educação permanente em saúde no município contribuiu para que essas profissionais não tivessem clareza sobre o significado do apoio matricial e as potencialidades do exercício de um cuidado psicossocial ampliado na Atenção Básica. A inexistência desses elementos as dificultava, em parte, no desenvolvimento de um *olhar* que pudesse,

[...] realizar leituras e análises conjunturais a respeito das necessidades sociais e de saúde da população, proceder à escuta e à intervenção sobre os processos psicológicos e psicossociais mobilizados pelas condições de vida e projetos de futuro da população, além da capacidade de articulação com as redes de serviços para operar práticas de cuidado mais integradas em saúde (DIMENSTEIN, 2012, p. 244).

A presença desse *olhar* apurado sobre as determinações sociais e de saúde da população poderia implicar em uma ressignificação constante das práticas e intervenções desenvolvidas.

A intensa precarização do vínculo no NASF, aliada a diversas dificuldades estruturais e de condições de trabalho, traz como consequência certa *acomodação* com um cuidado já conhecido no seu *núcleo* de conhecimento e prática, levando também à falta de motivação na criação de novas intervenções e posturas. Soma-se a isso o fato dessas profissionais se sentirem desvalorizadas e desamparadas pela SMS, sem saber quanto tempo ficarão serviço e tudo isso acaba gerando uma atuação pautada pelo “*vou fazer o possível enquanto estiver por aqui...*”

Apesar da “liberdade” dada pela SMS no desenvolvimento de novas ações e articulações, para que surja um cuidado psicossocial amplo e integral, passíveis de serem inspiradas pelo *campo* de descobertas e reflexões da Saúde Coletiva, essas profissionais tendiam a reproduzir uma ação muito próxima de uma lógica ambulatorial clínica tradicional, com poucas inovações e com reduzidas reflexões sobre o impacto de suas ações no âmbito do SUS. Esse é um dos riscos que autores alertam como possibilidade de desvirtuamento da proposta matricial contida no NASF (PAULON; NEVES, 2013). A possibilidade de saída desse risco é deixar bem claro para todos os profissionais envolvidos sobre os objetivos e a missão do NASF, além da manutenção de um acompanhamento constante e de uma avaliação profunda e crítica das práticas ali exercidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica foi pensada como forma de atingir o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo estar o mais próxima possível da vida das pessoas (BRASIL, 2011a). Por esta inserção privilegiada, atua como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação de uma Rede de Atenção à Saúde, considerando o usuário em sua singularidade e inserção sociocultural e buscando produzir uma atenção integral. Um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, desta forma, é:

Coordenar 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 e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2011a).

A integralidade, enquanto um dos princípios fundantes do SUS, pressupõe um acesso articulado e continuado envolvendo ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema e a partir de diferentes abordagens disciplinares, setoriais e profissionais (PAIVA, 2012a; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família em especial, para que se alcance a integralidade, os serviços de saúde precisam contemplar as necessidades coletivas e específicas dos usuários e de suas famílias. Os serviços aí desenvolvidos lidam com os indivíduos e com a coletividade a partir de demandas as mais complexas, tais como as questões biológicas, psíquicas, sociais e também espirituais.

O NASF, enquanto dispositivo que compõe a Estratégia de Saúde da Família, é considerado pela literatura (PAULON; NEVES, 2013) e pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2014a) um elemento importante para que se estructurem as Redes de Atenção à Saúde e para que novas tecnologias do cuidado sejam desenvolvidas, visando à integralidade. Esta assume uma dimensão ampla e exige considerações de diversas ordens para a atenção das necessidades que se apresentam no cotidiano do trabalho em saúde (OHARA; SAITO, 2010). Implica também pensar no conjunto de determinantes, no qual se passa a exigir diferentes aproximações e olhares específicos aos modelos de assistência, aos processos de

educação e formação em saúde, à participação da sociedade e reestruturação dos modelos de gestão do sistema (CAMPOS, 2003).

A nova PNAB propõe que uma das contribuições da Atenção Básica, através principalmente da ESF, é a reestruturação do SUS. A base desse processo está na atuação multiprofissional e interdisciplinar, onde existam ações conjuntas e onde os saberes e as especialidades se entrecruzem, produzindo novos modos de relação com os usuários, o reposicionamento dos conhecimentos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde e o desenvolvimento de novas formas de cuidado (PAULON; NEVES, 2013, p. 12). É neste contexto que o NASF precisa ser pensado e desenvolvido: como um elemento articulador de relações e da RAS, um dispositivo fomentador de um cuidado que ultrapasse barreiras das categorias profissionais, como um espaço para se pensar de forma permanente as práticas e cuidados com a saúde dos usuários e onde possam se desenvolver novas tecnologias interventivas. É um espaço de relação, de se criar e de inovar dentro do SUS: não deixa de ser um laboratório vivo onde se testam novas formas de se estar no SUS...

Especificamente, a inserção da Psicologia e de outros profissionais do campo da *Saúde Mental* (como os psiquiatras e os terapeutas ocupacionais) no NASF foi pensada como forma de avançar não apenas o processo da Reforma Sanitária, mas, principalmente, da Reforma Psiquiátrica (DIMENSTEIN, 2009). Neste nível de complexidade, vemos que a extensa capilaridade das USF nos territórios justifica a expansão das ações em saúde mental, já que por volta de 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. Com estas características, estes municípios não preenchem os critérios populacionais que justifiquem a implantação de um dos principais dispositivos de uma rede de atenção psicossocial: os CAPS (PAULON; NEVES, 2013). Como deixar 70% da população brasileira sem algum tipo de assistência em saúde mental?

Não só pela capilaridade nos territórios, mas também pela proximidade com as famílias e com os usuários, pela possibilidade de acompanhar o usuário em seu contexto de vida e pela longitudinalidade do cuidado, o NASF é hoje uma das grandes apostas do Ministério da Saúde para o aumento tanto quali como quantitativo das ações em saúde mental no SUS. O grande desafio aqui é pensar o significado de um cuidado em saúde mental na Atenção Básica, um nível de complexidade que não é especializado, mas que se propõe, também, lidar com os casos de transtornos mentais presentes no território. Além disso, é preciso problematizar qual a concepção de saúde mental que os profissionais da Psicologia estão utilizando em sua atuação.

Se pensarmos no *continuum* “promoção-saúde-doença-cuidado” (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014), necessitamos repensar no campo *psi* o foco exagerado que temos dado, ao falarmos sobre saúde mental, na psicopatologia, ressignificando assim nossas intervenções e posturas como profissionais. Precisamos estar atentos, como nos mostra a Saúde Coletiva, às condições e estilos de vida da população, percebendo com mais profundidade os determinantes sociais da saúde-doença, como forma de ir além de um paradigma científico biomédico que forjou a Psicologia ao longo de décadas. Nesse sentido, um dos grandes desafios ao se desenvolver ações de saúde mental no NASF é desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, de forma que a Psicologia possa atuar para,

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Este aspecto foi observado na pesquisa que embasa esta tese. As psicólogas lidavam com as psicopatologias (transtornos mentais severos e persistentes, mas também transtornos leves e moderados tais como ansiedades, depressões leves, problemas decorrentes de relação interpessoais) e desenvolviam ações no território tais como salas de espera, atividades nas escolas e de impacto na comunidade e no município. Todavia, essas ações eram muito pontuais ou muitas vezes realizadas de forma tímida, esvaziada e/ou burocrática. Senti em campo que essas ações não estavam na prioridade das psicólogas. Como visto, suas ações de maneira geral focavam nos aspectos que mais se aproximavam da dimensão clínico-assistencial, de acordo com a concepção do *apoio matricial*.

Um fenômeno bastante presente e que tenho vivenciado enquanto docente atuando no campo da Atenção Básica diz respeito à postura dos profissionais de saúde quando se deparam com um usuário portador de transtornos psíquicos. Nesse encontro ficam latentes o despreparo, a resistência e a falta de vontade em lidar com tal problemática. prontamente o usuário é referenciado para a RAPS, como forma de se livrar do constrangimento de não saber como lidar com alguém em sofrimento mental. A presença do NASF em uma USF, mais do que ofertar diretamente ao usuário o serviço de um psicólogo (e livrar o profissional de saúde de ter de lidar com o problema), visa mudar uma antiga prática presente ainda nos serviços de saúde e na ESF: uma completa e consciente desresponsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários com transtornos psíquicos (principalmente severos e persistentes).

Por trás da alegação de que não sabem lidar com usuários “psiquiátricos”, esses profissionais de saúde escondem desinformação sobre a psicopatologia, falta de conhecimento e de vontade de lidar com um fenômeno ainda bastante marginalizado. Refletem assim o preconceito e a discriminação de toda uma população. Assim, a presença de um psicólogo pode evitar que esse profissional de saúde encaminhe o usuário para o CAPS e se desresponsabilize dele. Ou mesmo que não o atenda, por medo, como muitas vezes acontece. Chamará, dessa forma, o apoiador matricial do NASF para juntos pensarem uma estratégia de cuidado no território e na RAPS.

O *apoio matricial* tem tido na atualidade um papel estratégico na Saúde coletiva, como o elemento aglutinador de ações de saúde mental nos territórios abrangidos pela ESF e também como ferramenta indispensável na tentativa de humanizar tanto a gestão como a atenção em saúde (PAULON; NEVES, 2013, p. 17). Nesse sentido, o apoio matricial como base de atuação do NASF amplia as possibilidades de intervenção e aumenta a capacidade de resolução dos problemas em saúde mental nos territórios, contribuindo com novos e ampliados olhares para demandas e dificuldades antigas e anacrônicas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A inserção da Psicologia nos NASF traz à tona, assim, novos e velhos problemas. Como analisei nesta pesquisa, as psicólogas nasfianas têm de lidar com dificuldades que afetam o SUS desde sua gênese: a influência da política partidária na inserção dos profissionais de saúde e nos rumos da saúde (desconsiderando muitas vezes os aspectos sanitários como base para a tomada de decisões); uma série de dificuldades estruturais (unidades de saúde sem estrutura adequada, dificuldade de espaço para atendimento, falta de materiais, etc.); precarização do vínculo trabalhista; falta de educação permanente em saúde, entre outros aspectos (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014).

Todavia, especificamente para a atuação da Psicologia no NASF, essa inserção traz à tona problemas e situações com as quais ela não tinha entrado em contato com tamanha magnitude: dificuldades em compreender os determinantes sociais envolvidos nos processos de saúde-doença; a necessidade de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar efetivo; a articulação com uma Rede de Atenção à Saúde; a utilização de tecnologias do cuidado vindas de outras áreas e categorias profissionais; dificuldades com a “linguagem” da saúde; atuação com outras categorias que atuam a partir de uma lógica ambulatorial clássica; entre outras (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013). Esses foram aspectos vistos nesta pesquisa.

Entendo que a ação da Psicologia no NASF, mais do que desenvolver novas tecnologias leves, duras ou leve-duras (MERHY; FRANCO, 2003), deve se pautar na

capacidade de *ler* o contexto das necessidades sociais e de saúde da população para pensar o tipo de *cuidado* que esta necessita. Mais do que atuar a partir de “novas” tecnologias do cuidado (que podem inclusive enquadrar e cercar a liberdade criativa), o psicólogo necessita desenvolver um *olhar* diferenciado sobre a saúde. E esse olhar pode ser ancorado e inspirado em uma série de descobertas e reflexões realizadas no *campo* da Saúde Coletiva, reflexões essas que vem por sua vez inspirando vários profissionais e pesquisadores, como demonstrei no decorrer desta tese.

As profissionais aqui pesquisadas, apesar de todas as adversidades encontradas, se esforçavam em realizar um bom trabalho. Muitas buscavam uma articulação com a RAS municipal e tentavam também modificar o imaginário popular a respeito da ênfase clínica da Psicologia. Entretanto, esbarravam em uma falta de educação permanente em saúde e em uma forma de organização dos serviços que as desestimulavam em criar, em se articular, em inovar.

Como pude depreender a partir desta pesquisa, a inserção da Psicologia em uma política pública de saúde como o NASF não implica necessariamente que essas profissionais estejam assumindo um compromisso ético-político da Psicologia há tanto tempo desejado pela categoria, assumindo a posição de profissionais progressistas e de vanguarda.

Por essas e outras razões, a inserção “molar” do psicólogo como profissional nas políticas públicas não deve ser tomado como possuidor de uma vocação inerentemente progressista, da segura assunção do compromisso social da psicologia, apesar de tal ideário ser recorrente nas últimas gestões do Conselho Federal de Psicologia. Faz-se necessário assumir uma postura menos ingênua e realizar um diagnóstico bem-feito das dimensões macro e micropolíticas onde ele desenvolve sua atuação (FERREIRA-NETO, 2011, p. 39).

Mais do que encontrar uma “vocação” ou a descoberta de uma “missão” profissional, o que vi em campo foram profissionais que adentraram o NASF através do apadrinhamento político e por questões de sobrevivência. Lá atuando, se identificaram com a proposta “social” desta política. Mas lá permanecem apenas até que chegue o dia em que encontrem outras inserções que lhes dêem mais satisfação pessoal, melhor remuneração e que se sintam valorizadas.

As descobertas desta pesquisa me fizeram perceber o enorme abismo que ainda existe entre a legislação de um lado e a prática dos profissionais da saúde inseridos no SUS do outro lado. Se as práticas profissionais se desenvolvessem de acordo com o preconizado na

legislação do SUS, esta política pública seria fantástica e revolucionária... Infelizmente não é assim que acontece. Atravessado por uma intervenção político-partidária que se pauta em grande parte em interesses pessoais e partidários, o SUS acaba não conseguindo se firmar enquanto um sistema público de saúde de qualidade. No caso da Atenção Básica e ESF especificamente, essa situação se configura em um aumento gradativo dos processos de precarização dos vínculos de trabalho, considerando que a maior parte dos profissionais atuantes é contratada pelas secretarias municipais sem concurso/seleção público ou contratos que lhes dêem garantias trabalhistas. No caso do município aqui pesquisado, ficou bastante evidente a influência desta “política” na condução do NASF.

Entendo, dessa forma, que o NASF neste município em questão está bastante distante em termos do funcionamento da forma que foi pensado por pesquisadores e teóricos do campo da Saúde Coletiva, além daquilo que é explicitamente preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro. De fato o NASF e suas ações no caso aqui pesquisado não funciona como um dispositivo que consiga atuar de forma interdisciplinar e que seja um elemento ao mesmo tempo aglutinador e atuante a partir do paradigma do apoio matricial.

Todavia, quais seriam as possibilidades de fazer com que este dispositivo realmente consiga atuar de forma diferenciada neste município, não apenas reproduzindo um modo de atuação biomédica, clínica, individual e desarticulada com a realidade social e epidemiológica local? Como analisei anteriormente, penso que em primeiro lugar é premente a realização de concursos públicos e/ou seleções públicas realizados de forma objetiva e com critérios claros de seleção. A utilização de cargos públicos como forma de barganha política é uma prática que tende a diminuir a qualidade e a continuidade dos serviços de saúde, comprometendo em grande parte a seriedade do SUS e a busca por sua consolidação. Acredito e milito arduamente na urgência de uma lei que obrigue os municípios de todo o Brasil a realizar concurso público para a maior parte dos cargos públicos (desconsiderando os cargos “políticos” ou de confiança para o gestor municipal). Isso iria filtrar enormemente os profissionais que entrassem no SUS e estes, por terem que conhecer as práticas e a legislação que embasam o NASF, já chegariam mais “preparados” para a prática na política.

Ajudaria bastante também se, mesmo que essas trabalhadoras não fossem concursadas, que elas tivessem acesso a todos os direitos trabalhistas previstos na CLT. Isso daria uma tranquilidade enorme a estas trabalhadoras no desenvolvimento de suas atividades.

Outra questão muito importante para que o NASF melhorasse sua atuação e realmente funcionasse em toda a sua amplitude é a estruturação de uma boa educação permanente em

saúde, articulada e pensada entre a gestão municipal, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada. Essa educação permanente poderia proporcionar aos profissionais uma atualização constante a respeito da legislação e da teorização no âmbito do SUS como um todo e do NASF em especial.

Além disso, devo destacar a necessidade de um controle social realmente efetivo, que poderia atuar a partir, por exemplo, dos conselhos locais em saúde e das associações e organizações de moradores nos bairros. Não existia nos bairros que percorri durante minha pesquisa qualquer tipo de referência a respeito da existência (real) dos conselhos locais de saúde ou que as associações de moradores realmente estivessem dialogando com as USF e apontando aquilo que pudesse ser melhorado nas mesmas, articulando, por exemplo, com o conselho municipal de saúde. Um controle social ativo nesses espaços poderia facilmente visualizar os aspectos de precarização do trabalho dos trabalhadores da saúde e pensar formas de lutar por melhores condições de trabalho e melhores serviços nos NASF e nas ESF como um todo, pensando também os caminhos e linhas de atuação do SUS em determinada comunidade.

Nesse sentido, como forma de subsidiar o controle social, mas também para pensar a política do NASF em si, penso que é necessário o investimento consciente e sistemático em um processo avaliativo dos NASF, com o objetivo de contemplar criticamente todos os aspectos da ESF e do NASF e propor melhorias na qualidade de seu funcionamento. Não vi qualquer referência no município a respeito de um processo organizado para avaliar os NASF, seja via SMS, seja através do PMAQ-NASF (desenvolvido pelo MS) ou a partir de qualquer outro mecanismo que pudesse permitir uma maior transparência e aferir a efetividade de suas ações.

Dessa forma, percebo que mesmo com todas as potencialidades para se desenvolver um cuidado integral, articulado, revolucionário e propositivo, vi na realidade das profissionais pesquisadas e das equipes com as quais estas se relacionavam uma ação ainda desprovida de uma transformação e de um ir além do trivial dos serviços de saúde. A extensa precarização dos vínculos e das condições de trabalho fazem destes NASF's uma reprodução de tantas outras realidades espalhadas por nosso país, onde o cotidiano dos serviços de saúde ofertados à população infelizmente está muito aquém do que preconiza o Ministério da Saúde do Brasil e os teóricos e pensadores da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

AQUINO, R. *et. al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.) **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 26, n. 61, p. 137-54, 2002.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS Passo a Passo**: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo/Campinas: Cortez/ Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

_____. **O Caracol e sua concha**: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.549-560, 2005.

ARCANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 351-363, 2012.

AZEVEDO, L. A.; TATMATSU, D. I. B.; Ribeiro, P. H. R. Formação em psicologia e a apropriação do enfoque da atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 241-264, jul./out.2011.

AZEVEDO, N. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013.

BARBOSA, D. R.; SOUZA, M. P. R. História da psicologia: contribuições da etnografia e da história oral. **Temas psicologia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, 2009.

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis: Vozes, 2007.

BERNARDES, J. S. **O debate atual sobre a formação em Psicologia no Brasil: permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais**. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. PUCSP. São Paulo, Brasil: 2004.

_____. A Psicologia no SUS: alguns desafios na formação. In: SPINK, M. J.A **Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, v. 15 (suplemento), p. 11-16, 2005.

BOCK, A. M. B. **Psicologia e o Compromisso Social**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil. In: ROSA, E. M. *et al.* (orgs.) **Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. Vitória: Edufes, 2007.

BORSOI, I. C. F. Vivendo para trabalhar: do trabalho degradado ao trabalho precarizados. **Convergência, Revista de Ciencias Sociales**, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), n. 55, enero-abr. 2011.

BOURDIEU, P. **A Miséria do Mundo**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Lei Nº 5.764**, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília: 1971.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei Nº 8080**, 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990a.

_____. **Lei N 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, dez. 1990b.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: 2001.

_____. **Resolução N° 8:** Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília: 2004.

_____. **A Educação Permanente Entra na Roda:** pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde: 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas.** Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Portaria nº. 154.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF. Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Ministério da Saúde. Ações e Programas. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Brasília: 2009a.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília, 2009c.

_____. **Portaria Interministerial N. 421.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília: DOU, 05 de março de 2010.

_____. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

_____. **Portaria Nº 2488:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: 2011a.

_____. **Resolução Nº 5:** Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília: 2011b.

_____. **Decreto 7.508:** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DOU 29 de junho de 2011. 2011c.

_____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Dulce Helena Chiaverini. (Organizadora). Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011d.

_____. **Portaria Nº 3.124.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília: 2012a.

_____. **Lei Nº 12.690**, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho e institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho-PRONACOOP. Brasília: 2012b.

_____. **Resolução Nº 466**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2012c.

_____. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2014a. (Caderno de Atenção Básica, n. 39).

_____. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. SCNES: indicadores de saúde a um clique. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage>. Acesso em: 24 dez. 2014b.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**; v. 17, n.2, p. 26-32, mai/ago. 2005.

CAMBUY, K.; AMATUZZI, M. M. Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. **Psicologia & Sociedade**: v. 24, n. p. 674-683, 2012.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 8, n.2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**. V. 14, n. 4, p. 863-70. 1998.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2: p.393-403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5 n.2 p.219-230, 2000.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

_____. Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 51-67.

_____. Paideia e gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003b. p. 85-102.

_____. DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 5, n. 1, p. 235-256, jan.-jun. 2013.

CAVALCANTE, G. M. M.; PRÉDES, R. L. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 1-24, jan.-jun. 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 161-178, 2004.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 975-986, 2005.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS - CREPOP. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010.

COIMBRA, C. M. B. **Guardiães da ordem**: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do milagre. Rio de Janeiro, RJ: Oficina do Autor, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Resolução Nº 016/2000. **Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000.

_____. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

_____. **Relatório Final do Programa Banco Social de Serviços da Psicologia.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

_____. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

_____. **Quem são as psicólogas brasileiras?** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

COSTA., M. V. Currículo e política cultural. In: COSTA, M. V. (org.) **O currículo nos limiares do contemporâneo.** Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

CUNHA, G. T. **Grupos Balint-Paidéia:** uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Tese de Doutorado. Campinas/SP: DMPS/FCM/Unicamp; 2009.

_____.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo em Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia.** v. 3, n.1, p. 53-81, 1998.

_____. A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: Implicações para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. **Estudos de Psicologia,** v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

_____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo,** v. 6, n.2, p. 57-63, 2001.

_____. A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/ SUS. In: **I Fórum de Psicologia e Saúde Pública:** Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS, Brasília, 2006.

_____. *et. al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde & Sociedade,** São Paulo, v. 18, n.1, p. 63-74, jan.-mar., 2009

_____. Contribuições da Psicologia Social para a saúde como direito e construção da cidadania. In: MEDRADO, B.; GALINDO, W. **Psicologia Social e seus movimentos: 30 anos de ABRAPSO**. Recife: ABRAPSO: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

_____. MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32 (num. esp.), p. 232-245, 2012.

_____. LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. In: PAULON, S.; NEVES, R. (orgs.) **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M. MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, jan.-mar. 2015.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o sus**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n. 24, p. 17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et. al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOMES, R; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-amer. Enfermagem**. V. 2, n. 2, p. 103-112, jan. 1994.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

GUARESCHI, N. M. F. *et. al.* **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2010.

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

HADDAD, A. E. *et. al* (org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde. 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HÜNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F. Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. In: GUARESCHI, N. M. F.; HÜNING, S. M. (Orgs.), **Foucault e a psicologia** (pp. 159-182). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Página Institucional do IBGE**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 16.09.2014.

JACKSON, A. L.; CAVALLARI, C. D. Estudo sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. **Cadernos CRP-06**. São Paulo: p. 07-31, 1991.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JIMENEZ, L. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**; v. 23 (nº. esp.), p. 129-139, 2011.

KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Rev. Bras. Cie. Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 69, fev. 2009.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, 2013.

LIMA, N. T., SANTANA, J. P., (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LISBOA, F. S.; BARBOSA, A. J. G.. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009.

LUCHESI, R., OLIVEIRA, A. G. B., CONCINI, M. E. MARCON, S. R. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.2033-2042, set., 2009.

MANDELBAUM, B. P. H. **Psicanálise da família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____. Em busca de um encontro: o método hermenêutico na pesquisa em psicologia social. **Temas em Psicologia**, v. 20, n. 01, p. 227-234, 2012a.

_____. Sobre o campo da psicologia social. **Psicologia USP**, v. 23, n. 1, p. 15-43, 2012b.

_____. **Trabalhos com famílias em psicologia social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, ago. 2005.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. V. 21, n. 3, set./dez., p. 263-269, 2010.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2330, 2010.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

_____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apostando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: v. 34, n.1, p. 92-96, 2010.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) **Recursos Humanos em Saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/IE, 2002.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (orgs). **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

OLIVEIRA, I. F. *et. al.* O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, v.9, n.17, p. 71-89, 2004.

_____.; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A Psicologia no Programa Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, n.25, p.5-19, 2007.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia**: a luta da CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

_____.; ALMEIDA-FILHO. Saúde Coletiva: uma ‘nova saúde pública’ ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

_____. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

_____. SUS: desafios e perspectivas. **Consensus**: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. v. 1, p. 33-36, julho-setembro de 2011.

_____; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.) **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAIVA, V. S. F.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (orgs.) **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**: Prevenção e Promoção da Saúde/Livro II/Entre Indivíduos e Comunidade. Curitiba: Juruá Editora, 2012.

_____. A dimensão psicossocial do cuidado. In: PAIVA, V. S. F.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (orgs.) **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**: Prevenção e Promoção da Saúde/Livro II/Entre Indivíduos e Comunidade. Curitiba: Juruá Editora, 2012b.

_____. Psicologia na saúde: Sociopsicológica ou Psicossocial? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids. **Temas em Psicologia**. v. 21, n. 3, p. 531-549, 2013.

PATTO, M. H. S. (org.). **A cidadania negada**: políticas públicas e formas de viver. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

PAULON, S.; NEVES, R. (orgs.) **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.1, n. 1, p. 75- 91, 2003.

PEREIRA, P. A. **Concepções e propostas de políticas sociais em curso**: tendências, perspectivas e consequências. Brasília: NEPPS/CEAM/UNB, 1994.

ROCKWELL, E. Etnografia e teoria na pesquisa educacional. In EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez, 1986.

RODRIGUES, M. A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

SANTOS, M. A. **A urbanização brasileira**. São Paulo. Hucitec, 1996.

_____. **A natureza do espaço.** Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1997.

SATO, L; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em Psicologia. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001.

SCARPARO, H. K.; GUARESCHI, N. M. F. Psicologia social comunitária profissional. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. espec., 2007.

SECCHI, L. **Políticas públicas:** conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SILVA, A. T. C. *et. al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 11, nov. 2012.

SILVEIRA, D. S. *et. al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, set. 2010.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros:** os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas/SP: Saberes Editora, 2014.

_____. **Programa de Saúde da Família no Brasil.** Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUZA, M. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro, Gomes & Corrêa. **Geografia Conceito e temas.** Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 1996.

SPINK, M. J. P. **Psicologia da saúde:** a estruturação de um novo campo de saber. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Psicologia Social e Saúde.** Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

_____. **Interfaces entre a Psicologia e a Saúde Coletiva**: um olhar a partir da Psicologia Social (Conferência). In: IV CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PSICOLOGIA. Salvador, BA, mai. 2005.

_____. **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA, A. N.; SATO, L. (orgs.) **Diálogos em Psicologia Social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. A trajetória da atenção básica e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.) **Saúde e Democracia**: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.) **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TORRES SANTOMÉ, J. **Globalização e Interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos até quando? Os psicólogos e o campo da Saúde Mental Pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, v.1, n. 0, p. 108-134, 2004.

YAMAMOTO, O. H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso social da Psicologia. In: BOCK, A. M. B. (org.) **Psicologia e o Compromisso Social**. São Paulo: Cortez, 2003.

ZURBA, M. C. Um lugar para o psicólogo na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta política para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil através da territorialização do psicólogo. In: TOMANIK, E. A. e CANIATO, A. M. P. (Orgs.). **Psicologia Social: desafios e ações**. Maringá: ABRAPSO, 2011.

_____. (org.) **Psicologia e Saúde Coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011a.

_____. Contribuições da Psicologia Social para o Psicólogo na Saúde Coletiva. **Psicologia & Sociedade**. v. 23 (núm. Especial), p. 5-11, 2011b.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista para as psicólogas trabalhadoras dos NASF

1. Identificação:

Idade:

NASF/Cidade na qual trabalha:

Em qual faculdade realizou a graduação?

Ano de Formação:

Realizou curso de Pós-Graduação? Qual?

2. Como você se inseriu no NASF?

3. Há quanto tempo você trabalha no NASF?

4. Você se identifica com a proposta de trabalho e de atuação do NASF?

5. Qual a sua carga horária semanal e quantas equipes de Saúde da Família você apoia?

6. Você acredita que sua carga horária atual é suficiente para dar conta de todo o trabalho de apoio a essas equipes?

7. Você acredita que a inserção do(a) psicólogo(a) no NASF deverá ser por contratação (seleção pública/facilitação política) ou por concurso público? Por qual razão?

8. Você acredita que sua graduação lhe deu uma formação suficiente para subsidiar sua atuação no NASF? Se não, o precisaria ser mudado?

9. Quais foram as disciplinas e/ou discussões ocorridas durante a graduação que subsidiaram sua atuação no NASF?

10. Como você vê atualmente a atuação do(a)s psicólogo(a)s nas Políticas Públicas no Brasil? Os mesmos estão preparados para esta atuação?

11. Como se dá na prática sua atuação com a equipe multidisciplinar? Quais as facilidades e desafios?

12. Realiza ações diretamente com os usuários? Qual sua percepção sobre a receptividade de suas atividades com os mesmos?

13. Quais são suas ações concretas no NASF? Cite-as.

14. Descreva uma semana típica de trabalho.

15. Qual o embasamento teórico/abordagem clínica que você utiliza em sua prática? Você acredita que ela dá conta de suas demandas?

16. Você realiza apoio matricial com a equipe de saúde da família? Explique como é na prática esse apoio.

17. Quais são as principais demandas dos profissionais da saúde (ESF e NASF) em relação às suas atividades?

18. Quais são os desafios específicos que você enfrenta no cotidiano de seu trabalho e como você lida com estes?

19. Que contribuições você considera que o seu trabalho pode ou já está dando na Atenção Básica à Saúde e ao SUS como um todo?

Muito Obrigado.

APÊNDICE II

Roteiro de Entrevista para Enfermeira Referência do NASF

1. Como se dá a entrada de um novo profissional no NASF? Como o mesmo é recebido e inserido em sua equipe/unidades de saúde?
2. Como é o acompanhamento da SMS em relação ao trabalho destes profissionais?
3. São feitas reuniões periódicas? Qual a dinâmica das mesmas e o que é trabalhado/decidido?
4. Como se dá o processo de Formação Permanente dos profissionais do NASF?
5. Como você entende o Apoio Matricial?
6. Você acredita que os trabalhadores do NASF estão realizando apoio matricial?
7. Segundo seu entendimento, quais ações precisam ser desenvolvidas pelos profissionais do NASF?
8. Especificamente sobre os profissionais da Psicologia, quais são as expectativas da SMS em relação às suas ações?
9. Quais são as principais dificuldades vivenciadas em relação aos profissionais da Psicologia?
10. Quais são os impactos positivos da atuação destes profissionais?
11. Como você vê a relação dos psicólogos com os outros profissionais do NASF e das Equipes de Saúde da Família?
12. Como é sua relação com os profissionais do NASF?
13. Como você avalia o impacto do NASF na Atenção Básica do Município?
14. Você acredita que a concepção e a prática do NASF, da maneira que foi pensada pelo Ministério da Saúde, está sendo implementada neste município?
15. De que maneira foi pensada a diminuição do número de equipes de saúde da família apoiadas pelos profissionais do NASF?
16. Quais são os desafios que o NASF precisa enfrentar?

Muito Obrigado.

APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Caro(a) participante:

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de forma voluntária da pesquisa intitulada: *Psicólogo(a)s nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Desafios para a Formação e o Exercício Profissional* que será realizada pelo pesquisador Willian Tito Maia Santos, sob a orientação da Professora Doutora Belinda P. H. Mandelbaum. Esse projeto tem como objetivo investigar a inserção e a prática de psicólogos trabalhadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Sistema Único de Saúde (SUS) e se compõe como uma das etapas do processo de doutoramento que o pesquisador acima citado realiza no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP.

Realizaremos entrevistas com roteiro semiestruturado com duração prevista de 1 (uma) hora e também observaremos o cotidiano dos profissionais da Psicologia trabalhadore(a)s do NASF e outros profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e do NASF. Caso o(a) senhor(a) concorde em participar desta pesquisa, o pesquisador coletará os dados em local e horário de maior conveniência para o(a) senhor(a). As falas das entrevistas serão gravadas digitalmente e posteriormente transcritas. Caso o(a) senhor(a) solicite ou se faça necessário de alguma maneira, elas serão apresentadas para eventuais correções e/ou acréscimos.

Para participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Em qualquer etapa da investigação o(a) senhor(a) terá acesso ao pesquisador responsável (dados abaixo) para o esclarecimento de eventuais dúvidas e terá o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Serão garantidos o sigilo, a privacidade e o anonimato de todos os seus dados. Os resultados da pesquisa, quando finalizada, estarão à sua disposição em forma de Tese de Doutorado impressa e entregue para consulta pública na Secretaria Municipal de Saúde e também disponibilizada física e digitalmente na biblioteca da USP, assim como estará descrita em publicações (artigos e/ou livros científicos) e apresentações em congressos científicos, entre outros. Além disso, realizaremos uma devolutiva da análise dos dados na forma de um seminário regional, onde todos os participantes e a comunidade em geral serão convidados a refletir sobre possibilidades de avanço e aprimoramento do exercício profissional do(a)s psicólogo(a)s e dos outros profissionais de saúde atuantes no âmbito do NASF.

A motivação desta investigação é puramente científico-acadêmica, não tendo a mesma qualquer finalidade avaliativa/fiscalizatória em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais participantes e se os mesmos estão atuando de acordo com a legislação vigente. Da mesma maneira, não temos interesse em realizar qualquer procedimento semelhante a uma auditoria e/ou fiscalização governamental. Esclarecemos que, caso algum procedimento desta investigação lhe cause desconforto ou constrangimento, o(a) senhor(a) pode se recusar em participar da mesma ou, caso deseje participar, pode se recusar a responder qualquer pergunta formulada pelo pesquisador. Além disso, será garantida a sua liberdade para retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo para o(a) senhor(a).

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do(a) Participante

_____, _____ de _____ de _____

Cidade

Data

Willian Tito Maia Santos
Pesquisador Responsável

Caso exista alguma dúvida sobre a pesquisa, favor entrar em contato com os pesquisadores responsáveis nos endereços ou nos telefones abaixo:

Identificação dos pesquisadores:

► **Willian Tito Maia Santos**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde
Rua do Cajueiro, S/N, Cajueiro, Santo Antônio de Jesus/Bahia, Brasil, CEP 44574-490
Telefone: (75) 3632-4598/3631-1113
E-mail: williantito@ufrb.edu.br

► **Orientadora: Prof. Dra. Belinda Piltcher Haber Mandelbaum**

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia – USP
Laboratório de Estudos da Família, Relações de Gênero e Sexualidade
Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco A, Cidade Universitária, São Paulo, CEP 05508-030
Telefones: (11) 3091-4004/3091-4184 – Fax: (11) 3091-4460
E-mail: cpgip@usp.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia:

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710, Campus Universitário, Centro, Cruz das Almas. CEP: 44380-000.

Telefone: (75) 3621-6850

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br