

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI**

**A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NO NASF: as especificidades do trabalho
na Estratégia de Saúde à Família no município de Teófilo Otoni/MG**

**TEÓFILO OTONI
2019**

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**CATHARINA BARONI DORNELAS CORDEIRO
LUCIENE FARIAS DE SOUZA**

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO NASF: As especificidades do trabalho na
estratégia de saúde à família no município de Teófilo Otoni/MG**

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Curso de Psicologia do Centro
Universitário Doctum de Teófilo Otoni,
como requisito para obtenção do título de
Psicóloga.

Profa. Orientadora: Me. Kely Prata Silva

**TEÓFILO OTONI
2019**

FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

FOLHA DE APROVAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “A atuação da(o)psicóloga(o) no NASF: as especificidades do trabalho na estratégia de saúde à família no município de Teófilo Otoni/MG”, elaborado pelas discentes Catharina Baroni Dornelas Cordeiro e Luciene Farias de Souza, foi aprovado por todos os membros da Banca Examinadora e aceito pelo curso de Psicologia do Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, como requisito parcial da obtenção do título de Psicóloga(o).

Teófilo Otoni ____ de _____ 2019

Prof. Orientador

Prof. Examinador 1

Prof. Examinador 2

Dedicamos este trabalho a todo usuário do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF AB.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por toda graça recebida.

A pessoa mais importante da minha vida à minha mãe DERCI, mulher guerreira, forte, e que não mediu esforços para lutar por minha educação. Essa vitória é nossa! Agradeço minha orientadora Kely Prata, por toda paciência, orientação e confiança.

A minha companheira Luciene Farias, pelo colo de mãe durante esses 5 anos de faculdade.

As colegas de turma do curso, grupo Najas, (Daninha, Daiane, Sthefany, Jessica e Thâmara) por cada palavra de incentivo e força nessa última etapa.

Aos amigos que nos ajudaram na construção desse projeto, em especial Tiago Farias e Kelly Ribeiro, meu muito OBRIGADA por todo empenho e disponibilidade.

Aos meus queridos professores que nessa caminhada de 5 anos foram essenciais para a minha formação. Sou grata por dividirem comigo toda experiência e conhecimento.

Catharina Baroni.

Agradeço primeiramente a Deus que nunca me deixou desanimar, que sempre me abençoou com sua compreensão e bondade. Ao meu esposo Pedro, por todo o companheirismo e dedicação em todos os momentos que precisei aos meus filhos Giuliano, Rafael e Jairo, pela compreensão dos momentos que não pude lhes dar a atenção. Em especial ao meu filho Hebert (*in memoriam*) que não esteve presente fisicamente nessa trajetória, mas que sempre estará em meu coração. Meu irmão Tiago, minha amiga Catharina que à considero como uma filha, por fim aos meus familiares pelo incentivo.

Luciene Farias.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP's – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde Família

IAP's – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

A evolução das Políticas Públicas de Saúde transformou a relação dos serviços de saúde prestados à população, através de uma proposta de acesso universal, atendimento integral e ação intersetorial. A estratégia para prevenção e promoção da saúde familiar inclui o Programa Saúde da Família (PSF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com a participação de vários profissionais, dentre eles, a/o psicóloga/o. Esta pesquisa, a partir do estudo de casos múltiplos, objetiva compreender o trabalho da/o psicóloga/o no NASF, destacando as especificidades do seu trabalho na saúde coletiva. Seus resultados indicaram que a atuação do psicólogo no contexto da saúde coletiva representa uma nova concepção de atendimento, através da construção de práticas que possam fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde, principalmente com o suporte do trabalho em equipes multiprofissionais e com ações intersetoriais. O principal desafio é a superação da perspectiva biomédica, focada no processo de adoecimento, no atendimento individualizado e descontextualizado em relações aos aspectos socioculturais, históricos e político-econômicos prementes nas condições de saúde dos indivíduos e das coletividades.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Núcleo de Saúde da Família. Atuação da/o Psicóloga/o.

ABSTRACT

The evolution of Public Health Policies transformed the relationship of health services provided to the population, through a proposal of universal access, comprehensive care and intersectoral action. The strategy for prevention and promotion of family health includes the Family Health Program (PSF) and the Family Health Support Center (NASF), with the participation of several professionals, among them, the psychologist. This research, based on the multiple case study, aims to understand the work of the psychologist in the NASF, highlighting the specificities of his work in collective health. Their results indicated that the psychologist's performance in the context of collective health represents a new conception of care, through the construction of practices that can strengthen the actions of prevention and health promotion, mainly with the support of work in multiprofessional teams and with intersectoral actions . The main challenge is to overcome the biomedical perspective, focused on the process of illness, on individualized care and decontextualized in relation to the socio-cultural, historical and political-economic aspects that are pressing in the health conditions of individuals and collectivities.

Keywords: Collective Health. Family Health Center. Performance of the Psychologist.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.....	19
2.1.1 A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.....	21
2.1.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	25
2.2 A inserção da psicologia nas políticas públicas de saúde e no Nasf.....	27
2.2.1 As Diretrizes e Referências Técnicas para a atuação da/o psicóloga/o no NASF.....	30
3 MÉTODO.....	35
3.1 Coleta de dados.....	35
3.1.1 Local da pesquisa.....	36
3.2 Análise de dados.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1 O trabalho da/o psicóloga/o no NASF.....	39
4.1.1 As atividades desenvolvidas.....	39
4.1.2 As populações atendidas.....	40
4.1.3 Locais onde realizam as ações.....	41
4.1.4 Práticas inovadoras.....	41
4.1.5 Referencias teóricos norteadores das ações.....	42
4.1.6 Dificuldades enfrentadas no trabalho no NASF.....	43
4.1.7 Estratégias de superação das dificuldades.....	43
5 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
APENDICES.....	53

1 INTRODUÇÃO

Houve uma mudança nos serviços e programas de atenção primária a saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS organizado pelos princípios de descentralização, atendimento integral e participação sociocomunitária (POLIGNANO, 2006). Neste sentido, as ações de saúde passaram a ter como foco a prevenção, a promoção e a reabilitação das condições de saúde. Esse modelo de saúde pública vigente no contexto brasileiro é fruto, em especial, da Reforma Sanitária que foi um movimento político e social no qual se garantiu a saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros.

A Atenção Primária em Saúde - APS, em consonância com o modelo de saúde preconizado pelo SUS, representa um processo de integralização das ações entre os profissionais de saúde e a população. Acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado são as bases dessa política que deve voltar suas ações para orientação familiar e comunitária adaptadas às características socioculturais da população em atendimento. A consolidação dessa política se deu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e do Programa de Saúde da Família – PSF, integrados por meio da Estratégia de Saúde da Família – ESF que define equipes de saúde responsáveis pelo planejamento e execução da assistência à saúde da família e não apenas dos indivíduos (CASSENTE et al, 2017).

As equipes de saúde da ESF se consolidaram e substituíram o PSF, passando, a partir de 2006 com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, à coordenação das redes de atenção à saúde e constituindo-se como a porta de entrada preferencial do SUS. Com a ampliação das responsabilidades e competências das ESFs, o Ministério da Saúde instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, por meio da portaria nº154/2008, buscando ampliar a abrangência das ações da APS, auxiliando na identificação e na resolubilidade dos problemas da comunidade.

Os NASFs são equipes multiprofissionais definidas pelos gestores municipais que funcionam como apoio às equipes da ESF (Saúde da Família e Atenção Básica para populações específicas - Consultório na Rua, Equipe da Família Ribeirinha e da Família Fluvial), a fim de dinamizar as diretrizes da atenção à saúde: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, territorialidade,

integralidade, controle social, educação em saúde, promoção da saúde e humanização. As especialidades profissionais presentes em sua composição são determinadas conforme as peculiaridades das comunidades que serão atendidas no município (BRASIL, 2008). A/o psicóloga/o é um destes profissionais e sua atuação nos NASFs é o objeto de estudo desta pesquisa, pois o que se busca saber é: Como é o trabalho da/o psicóloga/o nas equipes do NASF no município de Teófilo Otoni/MG?

Espera-se que o trabalho da/o psicóloga/o no NASF esteja voltado para a saúde coletiva, tendo como principal atividade o trabalho em grupos e a educação em saúde. Além disso, acredita-se que a/o psicóloga/o, cuja formação tem ênfase no trabalho clínico individual, pode ter dificuldades para desenvolver o trabalho nas equipes do NASF, pois as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde e as referências técnicas preconizadas pelo Conselho Federal de Psicologia para atuação da/o psicóloga/o no NASF não parecem suficientes para balizar a complexidade das situações encontradas no trabalho com as famílias, sendo necessário desenvolver novas estratégias.

Neste sentido, esta pesquisa buscou caracterizar o trabalho da/o psicóloga/o nas equipes do NASF em Teófilo Otoni/MG. E, para tal, apresentou a legislação que regulamenta o NASF, suas diretrizes e referências técnicas para o trabalho da/o psicóloga/o neste contexto em correlação com o trabalho desenvolvido no município de Teófilo Otoni/MG. Desse modo, pensa-se que esta pesquisa pode auxiliar na compreensão da atuação da/o psicóloga/o no âmbito da saúde pública e da saúde coletiva, ampliando a própria concepção acerca da profissão de psicóloga(o). Cabe ressaltar ainda a possibilidade de preparar-se para enfrentar e superar os desafios que possam ser encontrados para inserção neste campo de atuação de forma proativa.

A organização textual do trabalho está dividida em seis sessões sequenciais: a apresentação dos referenciais teóricos norteadores desta investigação; a descrição da trajetória metodológica para realização desta pesquisa; a narrativa dos resultados encontrados correlacionados com a literatura acadêmico-científica norteadora; as considerações finais aliadas ao problema e aos objetivos definidos para realização deste estudo e as lacunas de pesquisa encontradas; as referências utilizadas e os apêndices com os documentos de pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil

A transformação político e econômica do Brasil no início do século XIX com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, determinou mudanças na administração pública colonial até mesmo na área da saúde, e mesmo sendo fundadas as academias médico-cirúrgico, criadas as escolas de medicina e implantada uma junta de higiene pública no país, o objetivo de cuidar da saúde da população não foi alcançado (BRASIL, 2011).

No início do período republicano, havia um quadro sanitário caótico principalmente na cidade do Rio de Janeiro que apresentava um adoecimento populacional causado por várias doenças graves como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste, gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, devido a resistência dos em desembarcarem no porto (BRASIL, 2011).

O então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, que procurou organizar tal departamento com a criação de uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001). Pode-se considerar que a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 estabeleceu as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central (BRASIL, 2011).

Porém, o grande marco do desenvolvimento de políticas sociais relacionadas à saúde pública, se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos de classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do país, representado pela Lei Eloy Chaves que instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos trabalhadores marítimos e estivadores (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Mais tarde, em meados da década de 30 - Estado Novo, o Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência, assim, as CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), já com alguma participação do Estado nesta gestão. Em 1966 os IAP's foram unificados e criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, com maior participação do Estado, e em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, o qual passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social, (BAPTISTA, 2007).

No final dos anos 70 a Previdência e o governo militar entraram em crise, o que possibilitou a expansão de movimentos sociais e a formulação de propostas que atendessem aos excluídos do sistema de proteção social. Desse modo, na área da saúde, ganhou destaque o movimento da Reforma Sanitária (BAPTISTA, 2007).

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, teve grande representatividade e disseminou politicamente um projeto democrático de Reforma Sanitária voltado a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade (CARVALHO; BARBOSA, 2010). Estavam lançadas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente Collor (PAIM *et al*, 2011). Essa Lei definiu os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão da saúde, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas

públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011). Um dos princípios que orientam a organização do SUS evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população (BRASIL, 1990).

2.1.1 A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

O primeiro contato que o paciente tem o sistema de saúde, ou seja, o atendimento ambulatorial destinado a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população é, em geral, denominada de Atenção Primária à Saúde (APS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Sendo assim, esclarecem as autoras que a atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde, sendo considerada atualmente em âmbito internacional, a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde centrado no cidadão.

Ao longo do último século, elementos importantes influenciaram a concepção de APS que figura o debate atual. A primeira referência à um sistema de saúde hierarquizado, com “centros de saúde primários” como a porta de entrada dos usuários e integrados aos demais níveis de assistência especializada e hospitalar remonta aos anos 1920, com a publicação do Relatório Dawson, elaborado pelo então ministro da saúde inglês *Lord Dawson of Penn* (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Conforme descreve Matta e Morozini (2009), o modelo de atenção era organizado em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares funcionavam de forma regionalizada, com resolutividade de grande parte dos problemas de saúde dirigidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos não solucionados deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, caracterizando assim a hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Saliente-se também, que os movimentos estadunidenses de Medicina Preventiva e Integral, em 1940, e de Medicina Comunitária, em 1960, também influenciaram as discussões e implementações de políticas de APS nos anos subsequentes (SUMAR; FAUSTO, 2014). Contudo, o marco histórico mundial da APS é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A declaração de alma-Ata defendia a seguinte definição de APS, denominada pelo pacto de cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978, p 3-4).

A Proposta da Declaração de Alma-Ata em relação à organização da APS baseia-se no estabelecimento de serviços localizados de saúde que sejam essenciais para a população, através de uma perspectiva interdisciplinar que envolva médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades (MATTA, MOROZINI, 2009). Destacam Giovanella e Mendonça (2012), que a Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais e reitera a saúde como direito humano fundamental. A APS assume a função central do sistema nacional de saúde e, como parte do processo de desenvolvimento social e econômico das comunidades, representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham, não se restringindo apenas ao primeiro nível, mas integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

No Brasil, as experiências relacionadas à APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, com os centros de saúde em 1924. Apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, esses centros organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) passa a realizar as ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais (MATTA; MOROSINI, 2009).

Giovanella e Mendonça (2012) afirmam que, nas décadas de 1940 e 1950, foi possível adotar um modelo de saúde mais abrangente com o modelo SESP, através da articulação de ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa para doenças selecionadas. Este modelo estava respaldado em um desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller.

A partir dos anos 1960, são estabelecidas pelas secretarias estaduais de saúde com foco na prevenção de doenças e baseadas num modelo de assistência médica direcionado ao grupo materno infantil. Nos anos 1970, com a forte influência da Declaração de Alma-Ata, se criar uma proposta de APS onde começam a ser colocados em prática alguns programas de extensão de cobertura, como por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e as iniciativas de experiências pilotos com projetos de gestão alternativos ao modelo hospitalocêntrico (MENDES, 2015).

Contribuindo para o processo histórico da construção da APS no Brasil, têm-se a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a institucionalização das ações integradas de saúde (AIS). Por fim, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, momento em que de fato aconteceu a municipalização das unidades de APS, provocando uma expansão de cuidados primários (MENDES, 2015). Durante a década de 1990, as ações de saúde preventiva foram fortalecidas pelo Ministério da Saúde através de investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A intenção, portanto, era criar um modelo abrangente de saúde pública.

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção, pois aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe (MATTA, MOROSINI, 2009, p. 49).

É justamente nesta lógica de uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde que o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994. Seu antecessor foi o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) que nos seus primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas, conforme aponta Paim (2011). Neste sentido, o empenho para a criação do PSF, aliado à sua adequada implementação, se tornou um elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS, isso porque as propostas dos serviços de saúde a serem desenvolvidas no PSF estavam vinculadas diretamente à comunidade local, respaldando a participação popular e a expressão das necessidades de saúde da população, construindo assim um marco de referência da saúde pública como direito de cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Evidencia-se então na trajetória do PSF uma reorganização política de suas concepções e práticas, “tendo em vista a sua origem articulada aos eixos orientadores do modelo de vigilância à saúde, fundamentado no saber epidemiológico e no princípio de territorialidade para direcionar o planejamento na APS” (ASSIS et al, 2007, p.5, 6). Nos municípios onde o PSF está bem implantado, com equipes capacitadas e dispendo de estrutura física e equipamentos adequados, constata-se uma diminuição no número de mortes de crianças por causas evitáveis, um aumento satisfatório de pré-natais, um aumento nos índices nacionais de vacinação, a eficácia de ações preventivas contra hipertensão e diabetes. O que evidencia sua contribuição para melhoria da qualidade de vida dos idosos e, principalmente, a diminuição da demanda para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde (BRASIL, 2001).

O modelo de atenção de atenção primária desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família foi formulado prevendo a atuação de uma equipe de caráter multiprofissional, com aptidão para definir o território de abrangência, a descrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser

composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - podem ser incorporados ou constituir uma equipe complementar, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (FINKELMAN, 2002). Sendo assim, uma unidade de Saúde da Família pode trabalhar com mais de uma equipe de profissionais, dependendo do número de famílias cadastradas na unidade, que são no máximo 4000 famílias, sendo que o recomendado é de 3000 famílias por equipe; este cadastramento deve ser realizado através de visitas domiciliares, sendo essa etapa o início do vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

2.1.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família

No intuito de apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família nas atividades relacionadas ao cuidado, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Cada núcleo pode ser vinculado a um número variável de equipes de saúde da família, entre 8 e 20, e pode ser composto por até 19 profissionais, entre eles, estão: psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogas/os (BRASIL, 2011).

Conforme a Portaria nº 3.124/2012, existem três modalidades de NASF (Quadro 1): o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de ESF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco (BRASIL, 2014). O NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, e se vincular a no mínimo três equipes de ESF. E o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2014).

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, ESFR e ESFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, ESFR e ESFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, ESFR e ESFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Fonte: BRASIL, 2014.

Segundo Andrade et al (2012), mesmo com profissionais de diferentes formações atuando nos núcleos, é primordial que os mesmos tenham a capacidade de articular e compartilhar as ações no âmbito da unidade de saúde, de modo a favorecer a interdisciplinaridade no processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe, tanto em termos dos profissionais da ESF como os do NASF. Com esta metodologia, o NASF cumpre com a finalidade de ampliação da abrangência das ações da atenção básica, contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, por meio das visitas domiciliares, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios (BRASIL, 2009).

As especialidades atendidas pelo NASF vão ser sempre a depender do seu corpo profissional. Caso haja algo fora do alcance dos profissionais responsáveis por aquela área, é feito um encaminhamento do paciente para o atendimento específico do seu caso, mas o acompanhamento e desenvolvimento do tratamento podem ser também pela equipe NASF (BRASIL, 2009).

Segundo o departamento de Atenção Básica, através da portaria nº 2.488/11, para implantar um NASF é necessário que o município inicialmente apresente um projeto informando a área geográfica a ser coberta com estimativa da população residente, os dados levantados em diagnóstico elaborado pelo município que justifique a implantação do NASF, a definição dos profissionais que irão compor as equipes dos NASF e as principais atividades a serem desenvolvidas (BRASIL,

2011). O projeto é submetido para a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que o envia para a análise da Secretária Estadual de Saúde, onde é apreciado por uma Comissão, para depois ser direcionado ao Ministério da Saúde com o indicativo dos NASF's aprovados e consequente publicação no Diário Oficial da União para consolidação da implantação (BRASIL, 2009)

2.2 A inserção da psicologia nas políticas públicas de saúde e no nasf

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, possibilitando sua atuação, basicamente, em “quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério” (DIMENSTEIN, 1998, p. 54). Inicialmente, a Psicologia respondia apenas aos interesses das elites brasileiras, utilizando sua expertise para o controle, a higienização e a categorização dos indivíduos, demarcada como reprodutora de um fazer tecnicista com ênfase nas técnicas psicométricas e na prática do psicodiagnóstico. Práticas essas responsáveis pela concepção de Psicologia embasada no modelo médico-normativo (SPINK; MATTA, 2010).

Porém, fatores como o período final do regime militar e a crise mundial da acumulação capitalista, provocaram mudanças no perfil econômico da população brasileira, permitindo assim 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 (YAMAMOTO, 2003). Este novo contexto, 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).

De acordo com Zurba (2012), a organização do campo psicológico junto às políticas públicas no Brasil começaram a se afirmar ao longo da década de 80, principalmente a partir de projetos universitários e em sintonia com a Reforma Sanitária. Os psicólogos começaram a despontar mais frequentemente nas

atividades dos hospitais-escola, em projetos sociais com crianças e jovens em situação de risco e na atenção em saúde mental nos Municípios.

A partir de 1990, começava a ficar claro que a Psicologia precisaria se readaptar ao contexto social e assumir uma postura diferente. Reconhecendo a urgência de desenvolver um projeto para estruturar a categoria e influir na formação, na pesquisa e nos espaços de produção da área, dando início ao que seria o “Projeto de Compromisso Social da Psicologia”, calcado na militância em defesa das políticas sociais e visando fortalecer o exercício da vida pública e da cidadania (GONÇALVES, 2010).

Com a criação do SUS, que promoveu transformações na área da saúde, dentre elas a Reforma Psiquiátrica que culminou em novas concepções com ênfase ao território. E tendo como base a Estratégia Saúde da Família como primeiro contato de usuários com a rede pública de saúde, todas as profissões de saúde foram desafiadas a se alinharem a políticas públicas de saúde. Isso abriu outros contextos para a atuação da Psicologia, demandando atualização e reconfiguração de suas práticas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As práticas psicológicas contemporâneas foram profundamente afetadas pelo ingresso do fazer psicológico nas políticas públicas de modo geral, especialmente no contexto da saúde. O deslocamento de eixo disciplinar - inicialmente focado nas demandas capitalistas justificadas pelo funcionalismo - passou a sofrer nos últimos anos uma inversão lógica importante. Uma vez que as políticas públicas passaram a contratar um número expressivo de psicólogos no Brasil, a prática profissional que antes era majoritariamente formada por uma legião de profissionais liberais, passa a ser expressivamente composta por profissionais contratados em cargos públicos: principalmente postos de saúde e CAP's (Centros de Atenção Psicossocial) (ZURBA, 2012, p.30).

Segundo Ferreira Neto (2011), o avanço das Políticas Públicas de Saúde e as mudanças no paradigma de atenção em saúde mental intensificaram a inserção da psicologia nas instituições de saúde. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, o Sistema Único de Saúde SUS atualmente é o maior contratante de psicólogo do país, assim proporcionando à atuação da psicologia uma reconfiguração de tratamento ao usuário, igualmente seu modelo de formação e produção de conhecimentos.

Desta forma, para o psicólogo, o campo das políticas públicas de Saúde é amplo, com diferentes modos de inserção no SUS, que vão desde a gestão em Saúde aos trabalhos de assistência, da organização de campanhas de Saúde e

avaliação de seus indicadores à formação de lideranças comunitárias e de agentes de saúde, até à construção de agendas que sejam coerentes com as reais necessidades e demandas dos sujeitos e das coletividades. Desse modo, a/o psicóloga/o pode propor ações que fortaleçam vínculos e redes, dando vigor a fatores de proteção, melhorando a comunicação e potencializando o cuidado de profissionais e de usuários (POLEJACK et al, 2015). Neste sentido, os atendimentos realizados por esses profissionais possuem uma capacidade de impactar, não só no trabalho da equipe de saúde, mas também na população envolvida, além de mediar os afetos que surgem da interação dos profissionais entre si e com as famílias.

Com a instituição do NASF, a Psicologia retornou oficialmente devido à “magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, parágrafo 1º, Portaria nº 154). Porém existe uma vasta diversidade de conhecimento e ação que pode ser caracterizada como saúde mental, inclusive pelo caráter inter e transdisciplinar que lhe é intrínseco: a antropologia, a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a sociologia, a enfermagem, entre outras, podem ser consideradas profissões promotoras da saúde mental (BRASIL, 2008).

A Psicologia, no NASF, enfrenta vários desafios, sendo que um deles é a adequação das suas práticas ao novo paradigma assistencial baseado no conceito de saúde como processo saúde-doença, e que confronta o hegemônico padrão biomédico de atenção à saúde (OLIVEIRA et al, 2017). Nesse contexto de recente inserção da/o psicóloga/o no NASF, ainda está sendo construído seu fazer, pois apesar da distorção de que a clínica produzida por um especialista no atendimento hospitalar é sempre mais complexa do que as ações de clínica ampliada desenvolvidas na atenção básica, na realidade, é mais complexo lidar com o sofrimento psíquico grave na atenção básica do que em serviços fechados (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais de saúde mental que atuam no NASF devem desenvolver as seguintes ações: realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional e priorizar abordagens coletivas; apoiar a ESF (Estratégia da Saúde da Família) na abordagem dos casos com demandas em saúde mental; negociar com a ESF os casos que necessitem de uma intervenção conjunta; evitar práticas de “medicalização” de situações comuns à vida cotidiana; promover ações que visem à difusão de uma cultura de atenção antimanicomial, diminuindo o estigma e a exclusão em relação à loucura; mobilizar

recursos comunitários para construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; articular ações intersetoriais; e ampliar o vínculo com as famílias, assumindo-as como parceiras no cuidado (BRASIL, 2009). A conscientização das equipes da atenção básica sobre a importância do acolhimento humanizado é outra contribuição relevante da psicologia no contexto do NASF. A humanização nos serviços de saúde é de extrema importância para a garantia de um atendimento de qualidade, pois, segundo os usuários, a atenção, a escuta e o diálogo são aspectos fundamentais do cuidado para se estabelecer vínculo e adesão à proposta do projeto terapêutico de forma ativa (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

Entende-se que a inclusão do psicólogo no NASF representa uma estratégia para aproximar Saúde Mental e Atenção Básica, com o objetivo de fortalecer as ações de prevenção/promoção da saúde no território, valorizando o trabalho interdisciplinar, pois as ações conjuntas e integradas que envolvem diálogo, criatividade e flexibilidade nas formas de pensar e agir nos serviços de saúde, sem desconsiderar ou negar as especificidades de cada área profissional são cada vez mais necessárias (LOCHNECKEL et al., 2009). Para Rocha e Araujo (2007), sendo a saúde vista como um processo, a denominação “equipe” sempre fará referência a uma situação de trabalho a atenção às necessidades humanas, pois na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe estabelece uma prática em que a comunicação entre os profissionais torna-se essencial para o trabalho no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas.

2.2.1 As Diretrizes e Referências Técnicas para a atuação da/o psicóloga/o no NASF

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, a mudança do modelo de atenção em saúde mental tem como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços, com base no território, ou seja, o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento (BRASIL, 2010). Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, no qual os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos, por isso, a expressão “reabilitação ou atenção psicossocial” é utilizada para indicar que devem ser construídas, com as pessoas que sofrem

transtornos mentais, oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem (BRASIL, 2010).

Para o melhor manejo da saúde mental na APS, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Campos e Domitti (2007) dizem que o apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e Saúde Mental (SM), com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde.

Conforme estabelecem as diretrizes do NASF, a responsabilização compartilhada aumenta a capacidade da equipe local em resolver as situações atribuídas, estimulando assim a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências, além disso, favorece para que os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, produzindo outras relações com o seu processo de adoecimento (BRASIL, 2010). A atuação na saúde mental, na atenção primária, deve ser considerada a partir das seguintes diretrizes gerais:

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária (BRASIL, 2010, p.37).

Ainda de acordo com as diretrizes, geralmente, as necessidades complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base

apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas, sim, exigem esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, bem como recursos materiais e subjetivos que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, ajustados entre o usuário e sua rede social significativa (BRASIL, 2010).

As ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais do NASF devem ter como objetivo o aumento das possibilidades de intervenção e de resolutividade das equipes de SF em relação aos problemas de saúde mental do seu território, propiciando a ampliação da clínica em relação às questões subjetivas e à abordagem psicossocial. Nessa perspectiva, os profissionais em saúde mental que atuam no NASF têm como responsabilidade as seguintes ações estratégicas:

1. Apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes. Ressalta-se que deve haver a articulação entre as equipes de Nasf e Saúde da Família com as equipes de Caps para um trabalho integrado e apoio do Caps nos casos necessários. As equipes de SF devem identificar os casos de saúde mental e, em conjunto com os Nasf e/ou Caps (a depender dos recursos existentes no território), elaborar estratégias de intervenção e compartilhar o cuidado;
2. Em relação aos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, é necessário trabalhar com as estratégias de redução de danos, inclusive com a integração de redutores, onde houver. Da mesma forma, realizar detecção precoce de casos que necessitem de atenção e utilizar as técnicas de intervenção breve para a redução do consumo;
3. Possibilitar a construção de projetos de detecção precoce de situações de sofrimento mental, bem como desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde mental;
4. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
5. Incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho;
6. Ampliar o vínculo com as famílias e com a comunidade, tomando-as como parceiras fundamentais no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração;
7. Estimular a mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários e de promoção de saúde, oficinas de geração de renda e outras, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.);
8. Auxiliar no monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família (identificação, cadastramento, registro de casos de transtornos mentais, acompanhamento e avaliação dos seus indicadores e marcadores) (BRASIL, 2010, p.42-43).

Percebe-se que em termos estratégicos de intervenção, entende-se que uma ação de saúde, seja qual for seu nível, requer um mapeamento de todos os fatores

envolvidos na mesma, assim como avaliação das condições de sequência e acompanhamento das ações propostas (MOREÉ et al, 2011).

Na lida com o sofrimento mental, os profissionais dos diversos campos devem estar preparados para situações inusitadas, que demandarão intervenções que possibilitem a construção de redes personalizadas para cada cidadão que demanda o serviço. Isso exige a análise de situações e a produção de repostas à luz de diferentes conhecimentos e intervenções (CFP, 2013). Neste contexto, o psicólogo é um profissional promotor do vínculo, por excelência, e seu trabalho e sua respectiva efetividade possui uma relação direta com a construção desse vínculo, seja com os usuários, famílias, grupos, comunidade ou com a própria equipe de saúde da qual faz parte, por isso, que no contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), evidencia-se pontos de potencial presença do Psicólogo, principalmente, no que tange à sua participação como profissional de Saúde Mental (MOREÉ et al, 2011).

3 MÉTODO

Esta pesquisa é um levantamento acerca da atuação das (os) psicólogas(os) nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família – NASF no município de Teófilo Otoni/MG. O objetivo foi caracterizar a atuação desta(es) profissionais no município e identificar as (des) semelhanças com as diretrizes do Ministério da saúde e com as referências técnicas nacionais preconizadas pelo Conselho Federal de Psicologia. Trata-se de um estudo de casos múltiplos com finalidade descritiva.

3.1 Coleta de dados

A pesquisa iniciou-se com um levantamento bibliográfico sobre a temática em questão. Foram identificadas referências teóricas já analisadas e publicadas ou indexadas nas bases de dados Scielo e Pepsic e no site do Centro de Referências em Políticas Públicas – CREPOP do Conselho Federal de Psicologia. A busca se deu por meio do intercruzamento de descritores como: Atenção Básica em Saúde; Atenção Primária em Saúde; NASF; Políticas Públicas em Saúde; Psicologia. E os critérios de inclusão utilizados foram: publicações acadêmico-científicas impressas ou indexadas nas bases de dados supracitadas, em português, no período de 2013 a 2018 (exceção para publicações em período anterior que se mostraram relevantes a compreensão da temática proposta), resultantes de pesquisas teóricas e aplicadas sobre a temática e com acesso irrestrito ao conteúdo completo da publicação.

A segunda etapa destinou-se a construção do formulário aplicado às(os) psicólogas(os) que compõem as 5 equipes NASF-AB no município de Teófilo Otoni, em Minas Gerais. Este formulário consta de questões previamente formuladas com alternativas de respostas objetivas para seleção pela(o) participante da alternativa que mais se aproxima de suas perspectivas. O formulário, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, foram dirigidos às(os) participantes que, voluntariamente, assinaram e responderam as questões propostas. O TCLE pode ser aferido no apêndice 1 e o formulário no apêndice 2.

Cabe ressaltar que é uma amostra intencional com 5 participantes, contudo, considera-se a finalidade acadêmica de identificar e caracterizar a atuação das(os) psicólogas(os) nas equipes do NASF no município de Teófilo Otoni/MG. Esta

pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos desta instituição de ensino.

3.1.1 Local da pesquisa

O município de Teófilo Otoni, situado no nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Mucuri, é considerado centro macrorregional, com uma área geográfica de 3.242,27 km² e uma população estimada de 140.235 habitantes (IBGE, 2018). Limita-se com os seguintes municípios: Novo Oriente de Minas, a norte; Pavão, a nordeste; Carlos Chagas, a leste; Ataléia, a sudeste; Frei Gaspar, a sul; Itambacuri, a sudoeste; Poté e Ladainha, a oeste; e Itaipé e Catuji, a noroeste. O Município é composto por cinco distritos: Pedro Versiani, Crispim Jacques, Rio Pretinho, Mucuri e Topázio.



Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), o IDHM do município passou de 0,589 em 2000 para 0,701 em 2010 - uma taxa de crescimento de 19,02%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 72,75% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,167), seguida por Longevidade e por Renda. No município, a expectativa de vida ao nascer cresceu 4,7 anos na última década, passando de 69,8 anos, em 2000, para 74,5 anos, em 2010.

Em relação à área da saúde, o município possui:

Tabela 1: Dados selecionados da área de saúde

Número de Agentes Comunitários de saúde	305
Percentual de população coberta	100%
Número de Equipes de Saúde da Família	41
Percentual de população coberta	81,5%
Número de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	4
Número Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	3
Número de Unidade Básicas de Saúde (UBS)	30

Fonte: BRASIL, 2019

3.2 Análise de dados

A análise dos dados será feita qualitativamente por meio dos seguintes procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados, interpretação e apresentação dos resultados por meio de descrições com considerações acerca da correlação com os referenciais teóricos pesquisados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram contatados 06 psicólogas/os que atuam nas 06 equipes do NASF AB do município. Destes, 04 psicólogas/os concordaram em participar do estudo e responder ao questionário de pesquisa, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Trata-se, portanto, de uma amostra intencional e de saturação por exaustão uma vez que foram incluídos todos os sujeitos disponíveis no período do estudo. Desse modo a pesquisa se configurou como um estudo de casos múltiplos, sem a pretensão de generalizações, apenas de caracterização.

4.1 O trabalho da/o psicóloga/o no nasf

Com relação ao trabalho no NASF AB, estes profissionais têm tempo de experiência diferenciado: um atua a menos de 1 ano, 2 atuam num período de tempo entre 1 e 3 anos e apenas 1 atua há mais de 6 anos. Isto significa que apenas um desses profissionais conhece em profundidade a atuação da/o psicóloga/o neste serviço, os demais estão se ambientando na função, principalmente pelo fato de que todos indicaram não ter experiência profissional em outras áreas de trabalho na Atenção Básica, além do NASF.

4.1.1 As atividades desenvolvidas

Segundo estes profissionais, as principais atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho no NASF AB são: visitas domiciliares, atendimento individual, reuniões e capacitações para as equipes de saúde, palestras para comunidade. Pelo menos um desses profissionais indicou ainda a realização de atendimentos em grupo; atendimentos de caráter emergencial; triagens, orientações e encaminhamentos; organização de eventos (campanhas de prevenção); e elaboração de relatórios e documentação psicológica (pareceres, laudos e prontuários).

Nas diretrizes do NASF AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), as/os psicólogas/os inserem-se nas equipes como profissionais da saúde mental e atuam realizando atividades clínicas pertinentes a essa responsabilidade profissional, priorizando abordagens coletivas e apoiar a ESF na abordagem dos casos com

demandas em saúde mental. Isso significa difundir a atenção antimanicomial a fim de reduzir os estigmas e a exclusão em relação aos transtornos mentais, construir espaços sociocomunitários de reabilitação psicossocial e ampliar o vínculo familiar.

Importante salientar o atendimento familiar representa um importante processo de conhecimento dos contextos familiares, sendo fundamental para efetivar a prática da promoção à saúde e qualificar a assistência e o planejamento das ações. As metodologias de atendimento em grupo, utilizadas para desenvolver a educação em saúde e favorecer a socialização, a integração, apoio psíquico, troca de experiências, troca de saberes e a construção de projetos coletivos, além de diminuir a alta demanda de saúde mental dos territórios de abrangência e possibilitar ações interdisciplinares (LEITE; ANDRADE; BOSSI, 2013).

Contudo, as atividades indicadas pelos profissionais entrevistados não condizem com essa perspectiva e indicam uma prática com base no modelo biomédico, com atendimento individual, palestras e atividades de triagem e orientação. Talvez isso aconteça pela pouca experiência no serviço, pois o atendimento individual deve ser feito somente em situações extremamente necessárias, conforme propõe as diretrizes do NASF. Outros elementos que podem interferir são a visão eminentemente clínica quanto à Psicologia demonstrada pelas frequentes solicitações da própria Equipe da Saúde Família (ESF) e a demanda da comunidade que não tem acesso a consultas psicológicas particulares.

4.1.2 As populações atendidas

As populações atendidas por estes profissionais incluem crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, além da comunidade. Em algumas circunstâncias, os familiares dos usuários. Isto contradiz o que está preconizado para o atendimento do NASF à população, que deve priorizar o fortalecimento dos vínculos familiares, incluindo a família na discussão dos projetos terapêuticos e nos cuidados aos usuários dos serviços de saúde.

Por outro lado, as atividades coletivas oferecidas para a comunidade por meio de ações pontuais para públicos específicos, como saúde dos idosos, das crianças, dos homens, grupo de gestantes e ação de combate e prevenção realizadas através de palestras, é de extrema importância, pois evidencia a incorporação de outras modalidades de atuação psicológica no âmbito da AB, contribuindo para a

modificação do modelo assistencial curativo e inspirando o desenvolvimento de novos modos de cuidado e a construção de serviços de saúde mais dinâmicos, flexíveis e comprometidos com as necessidades da população (MELO; GALINDO, 2018).

4.1.3 Locais onde realizam as ações

Os atendimentos acontecem essencialmente nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, por vezes nas escolas e na comunidade. Apenas 1 dos entrevistados mencionou atendimento em serviços públicos ligados a outras secretarias além da saúde. Isso indica que estes profissionais ainda não trabalham com questões ligadas a territorialidade, uma vez que não desenvolvem a articulação com outros setores sócio-institucionais como as escolas, centros comunitários, centros de assistência social e demais serviços na comunidade. Possivelmente realizam palestras, como mencionado, quando estão realizando campanhas de saúde nas escolas e na comunidade.

4.1.4 Práticas inovadoras

As/os profissionais entrevistadas/os consideram práticas inovadoras em seu trabalho no NASF AB, o uso de metodologias de apoio matricial e a descentralização da atenção a saúde e à saúde mental. Outras práticas como a articulação com instituições de ensino, comunitárias e serviços na comunidade; o trabalho em equipe multiprofissional; as práticas de referência e contrarreferência e o incentivo à corresponsabilidade do usuário no tratamento de saúde consideradas inovadoras por apenas um destes profissionais.

Cabe observar que estes profissionais têm perspectivas contraditórias, uma vez que buscam inovar através do matriciamento, mas não fazem uso de práticas de referência e contrarreferências essenciais à própria atividade de matriciamento. Parecem seguir um modelo hegemônico de encaminhamento não implicado, onde os serviços de saúde da atenção primária encaminham para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não sabem o resultado da consulta e das intervenções propostas ou realizadas junto ao usuário.

Esta, portanto, é uma prática antagônica ao que é preconizado pelo Guia Prático de Matriciamento Saúde Mental elaborado pelo Ministério da Saúde, que determina a interação entre as equipes para que possam traçar juntas um projeto terapêutico num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Isso seria a construção de uma rede de saberes que gera a primeira possibilidade de uma rede de atendimento integral, intersetorial e multiprofissional que vincula o usuário aos serviços e se responsabiliza pela sua reabilitação (BRASIL, 2011).

Outro ponto relevante é o trabalho em equipes multiprofissionais, base da atividade do NASF AB e referência de inovação na implantação deste serviço a fim de atender ao princípio de integralidade previsto nas diretrizes do SUS, sendo este o grande desafio a ser enfrentado, pois de acordo com Campos e Domiti (2007), existe ainda uma grande resistência, visto que cada profissional se apega à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares.

A dimensão técnica pedagógica do psicólogo com as ações de apoio educativo que são realizadas com as equipes NASF e as equipes de saúde da família, são primordiais para o processo de trabalho e comunicação dos serviços, contribuem para a organização dos serviços, estudos de caso e planejamento das ações dos serviços, além de possibilitar uma ampliação da atuação dos diversos profissionais da equipe e possibilitado que todos realizem “escuta qualificada” que facilita elaboração de um formulário único para todos os profissionais como sendo resultado da integração da equipe (CFP, 2010).

4.1.5 Referências teóricas norteadoras das ações

Em relação aos referenciais teóricos utilizados para nortear o trabalho destes profissionais no NASF, a psicologia clínica, a psicologia da saúde e o aconselhamento psicológico foram os mais citados. Percebe-se que a clínica tradicional continua sendo a principal referência para o trabalho do psicólogo, porém é importante que este profissional tenha em mente que no contexto da saúde mental na atenção primária, não pode perder de vista seu olhar de interface com as questões da psicologia social e nem as possibilidades de intervenção baseadas na psicologia comunitária (ZURBA, 2012). Também pode-se considerar que a

Psicologia desenvolvida no NASF ainda é marcada por práticas curativas num modelo clínico biomédico como já mencionado, não privilegiando a prevenção e a promoção da saúde.

4.1.6 Dificuldades enfrentadas no trabalho no NASF

Quanto às dificuldades encontradas no local de trabalho, as mais relatadas foram articular a rede, matriciar a rede, lidar com as condições de trabalho e promover a interface entre a saúde mental e atenção básica em saúde. Entende-se que estas questões podem estar relacionadas ao fato esses profissionais ainda utilizarem práticas individualistas, pautadas num modelo de atendimento fragmentado que contrapõe o modelo teórico-prático dos princípios do SUS, inviabilizando as ações interdisciplinares que são imprescindíveis para o trabalho multiprofissional (MELO; GALINDO, 2018). Além disso, a realidade política demonstra que a rotatividade das equipes que compõem o NASF impede um trabalho contínuo, pois provocam dificuldades de relacionamento entre os profissionais e os saberes das diferentes disciplinas não se integram, prejudicando assim, a desarticulação do trabalho.

4.1.7 Estratégias de superação das dificuldades

Para superar as dificuldades rotineiras no contexto do NASF, não existe formulação de estratégias que não sejam baseadas em uma boa educação permanente em saúde, pois desta maneira os profissionais em psicologia que foram inseridos na saúde pública sem uma identificação ou formação com a proposta desta política, teriam a oportunidade de uma atualização constante em relação à legislação e da teorização no âmbito do SUS e todo contexto da Atenção Básica de Saúde (SANTOS; MANDELBAUM, 2016). Neste sentido, o psicólogo bem preparado e identificado com as políticas públicas de saúde, tem a capacidade de reinventar as suas práticas, além de propor novas modalidades de intervenção que desmistifiquem as antigas ideias de práticas consideradas ideais.

5 CONCLUSÃO

O objetivo do trabalho foi compreender a atuação do psicólogo no NASF, especialmente as especificidades do seu trabalho em saúde coletiva, abordando principalmente os desafios enfrentados por este profissional.

Demonstrou-se que as políticas públicas de saúde no Brasil se desenvolveram gradativamente conforme se modificava o próprio sistema político, pois com a abertura maior a uma participação dos movimentos sociais, a questão da saúde pública se mostrava urgente e ao alcance de todos. A criação do Sistema Único de Saúde possibilitou à população em geral uma estrutura em saúde capaz de promover um cuidado básico que pudesse atingir as camadas mais necessitadas da população, com programas de saúde preventiva e humanização no atendimento.

Este novo modelo envolve, portanto, unidades estrategicamente localizadas para atender idosos, crianças, mulheres, gestantes e identificar grupos específicos de risco para assim atuar sistematicamente. Percebeu-se que neste modelo de saúde, onde diversos atendimentos, com diversos problemas, são demandados no mesmo espaço físico, o psicólogo cumpre um papel fundamental de apoio irrestrito, tanto ao paciente, quanto à equipe de profissionais que atuam no núcleo.

Entende-se que atuação do psicólogo no contexto da saúde coletiva representa uma nova concepção de atendimento, através de uma construção de práticas que possam fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde, principalmente com o suporte ao trabalho multiprofissional e às relações interpessoais. A prática demonstra, porém, que a psicologia ainda busca uma ambientação nos serviços públicos de saúde, pois necessita apagar o estigma do atendimento clínico individualizado e focado em processos curativos, procurando se integrar na metodologia proposta para a atenção primária.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Lucas Melo Biondi et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Rev. Saúde e Transformação**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012. Disponível em: < <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1471>> Acesso em 30 de abril .2019.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia Saúde da família: construção política, metodológica e Prática. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt. Acesso em abril de 2019.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013. [internet]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/2306IDH. Acesso em junho de 2019.

BAPTISTA, T. W. F. **História das políticas de saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: CORRÊA, Gustavo; MOURA, Ana Lúcia (Orgs.). Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BOCK, A.M.B. **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.

BRASIL. ABC do SUS. **Doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

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

_____. **Portaria GM/MS nº 154/08**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27.

_____. **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)

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

_____. Ministério das Saúde. E-gestor Atenção Básica. Informação e gestão da Atenção Básica. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em junho de 2019.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 566-570, 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acesso em março de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família** / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2010. 172 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp>. Acesso em maio de 2019.

_____. **Quem são as psicólogas brasileiras?** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp>. Acesso em maio de 2019.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p. Disponível em: www.cajui.uft.edu.br/dte/index>. Acesso em abril de 2019.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. XIX Encontro de Jovens Pesquisadores - Novembro de 2011 Universidade de Caxias do Sul. Disponível em: www.joinpp.ufma.br/. Acesso em março de abril de 2019.

DIMENSTEIN, M. (1998). **O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais**. [Versão eletrônica]. Estudos de Psicologia, Natal, 3(1), 53-81.

FERREIRA NETO, J.L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, 2011. 224p.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em março de 2019.

GIOVANELLA, Lúgia; **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** / Lúgia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: www.cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/. Acesso em março de 2015.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. [online], 2007. Enciclopédia dos Municípios Brasileiros. Histórico: Teófilo Otoni – MG, 2007. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/teofilootoni.pdf>. Acesso em junho de 2019.

LEITE, Débora Cabral; ANDRADE, Andréa Batista; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1167-1187, 2013. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acesso em abril de 2019.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, p. 1463-1472, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acesso em abril de 2019.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al. A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. **Temas psicol.** vol.25 no.1 Ribeirão Preto mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/>. acesso em março de 2019.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. (org): Pereira, Isabel Brasil Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MELO, Maria Irislane de Souza; GALINDO, Wedna Cristina Marinho. O trabalho como residente de psicologia em equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 13(4), São João del Rei, outubro-dezembro de 2018. Disponível em: www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista. Acesso em abril de 2019.

MENDES, E. V. **A Construção Social Da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em abril de 2019.

MORÉ, Carmen L. Ojeda Ocampo et al. **Intervenção da psicologia junto a equipes da atenção básica no contexto da reunião de área de abrangência**: relato de experiência. IN: Psicologia e saúde coletiva / Magda do Canto Zurba (organizadora). – Florianópolis : Tribo da Ilha, 2011. 240 p.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde. 1978. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: abril de 2019.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios – Séries. IN: THE LANCET: Saúde no Brasil – maio 2011. p.11-31. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf. Acesso em 20 de abril de 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil**. Uma pequena revisão. Disponível em http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. acesso em março de 2019.

POLEJACK, Larissa. **Psicologia e políticas públicas na Saúde**: experiências, reflexões, interfaces e desafios/ Larissa Polejack ... [et al.] organizadores.– Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 440 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). Disponível em: www.historico.redeunida.org.br/...saude/psicologia-e-politicas-publicas-na-saude-experiencias. Acesso em março de 2019.

SPINK, M. J. P., MATTA, G. C. **A prática profissional psi na saúde pública**: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo, 2010: Casa do Psicólogo.

SANTOS, Willian Tito Maia; MANDELBAUM, Belinda Piltcher Bauer. Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.48, p.<168-184>, jul./dez. 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.9028>. Acesso em junho de 2019

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care** 2014; 5(2):202-212. Disponível em: www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217. Acesso em abril de 2019.

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.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008. Disponível em: www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php. Acesso em março de 2019.

ZURBA, Magda do Canto. **Psicologia e saúde coletiva** / Magda do Canto Zurba (organizadora). – Florianópolis : Tribo da Ilha, 2012. 240 p. Disponível em: www.psicologia.paginas.ufsc.br/files/2012/06/Miolo_Psicologia-e-Saude.pdf. Acesso em abril de 2019.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “A atuação da(o) psicóloga(o) no NASF: as especificidades do trabalho na estratégia de saúde à família” que tem por objetivo caracterizar o trabalho da(o) psicóloga/onas equipes do NASF, descrever as práticas psicológicas desenvolvidas, assim como os desafios enfrentados para inserção e atuação nestas equipes e as possíveis estratégias utilizadas na superação destes desafios. Essa pesquisa será realizada com as(os) psicólogas(os) que atuam nas equipes do NASF do município de Teófilo Otoni, em Minas Gerais. Sua participação no estudo consistirá em responder algumas questões objetivas no formulário de pesquisa sobre o tema já mencionado. O preenchimento do formulário terá uma duração de mais ou menos 20 (vinte) minutos. Se houver algum problema relacionado com a pesquisa, o(a) senhor(a) será encaminhado para o Núcleo de Psicologia Aplicada do Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, onde será atendido/acompanhado num grupo de supervisão de apoio psicológico ou poderá ser encaminhado para o serviço de referência para acompanhamento. Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que você poderá se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem a liberdade de não responder, interromper o preenchimento do formulário ou retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. Você terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a coordenadora responsável pelo estudo: Kely Prata Silva, que pode ser localizado na Coordenação do Curso de Graduação de Psicologia do Unidocum, pelo telefone (33) 3529 3161, das 17 às 22 horas, ou pelo e-mail kely.prata@doctum.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni também poderá ser consultado caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa pelo telefone (33) 3529 3163 ou pelo e-mail etica.to@doctum.edu.br. Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para compreensão da atuação da(o) psicóloga/ono âmbito da saúde pública e da saúde coletiva, ampliando a própria concepção acerca

da profissão de psicóloga(o), além de possibilitar a preparação prévia para os desafios que possam ser encontrados para inserção futura neste campo de atuação. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: “A atuação da(o) psicóloga(o) no NASF: as especificidades do trabalho na estratégia de saúde à família”. Discuti com a pesquisadora Kely Prata Silva ou com seu substituto, responsável pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

____/____/_____.

Assinatura do entrevistado

Teófilo Otoni,

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a sua participação neste estudo.

____/____/_____.

Assinatura da responsável pelo estudo.

Teófilo Otoni,

APÊNDICE 2**FORMULÁRIO DE PESQUISA**

“A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NO NASF: As especificidades do trabalho na Estratégia de Saúde à Família”

Este formulário faz parte de uma pesquisa de campo realizada pelas alunas do Curso de Graduação em Psicologia. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos (Trabalho de Conclusão de Curso), sendo garantida sua confidencialidade. Portanto não é necessário identificar-se através de seu nome, nem assinar nenhuma das folhas do questionário. Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões, assinalando a alternativa de resposta mais próxima de seu modo de pensar e das condições de realização de seu trabalho no NASF.

Obrigada(o) pela sua colaboração.

1. IDENTIFICAÇÃO

A. Idade:

20-29 anos 30-39 anos 40-49 anos acima de 50 anos

B. Gênero:

Feminino Masculino Outra(s) identidade(s) de gênero

2. SOBRE O TRABALHO NO NASF

C. Há quanto tempo você atua no NASF?

Menos de 01 ano Entre 1 e 3 anos entre 4 e 6 anos Acima de 6 anos

D. Você já atuou em outras áreas da Atenção Básica, além do NASF?

- Equipes de Saúde da Família
- Equipes de Saúde Bucal
- Equipes do Consultório na Rua
- Equipes da Saúde Mental
- Equipes do Centro de Testagem e Acolhimento
- Equipes do Centro de Controle de Zoonoses
- Equipes de Vigilância em Saúde

()

 Outra(s):

Por _____ quanto _____ tempo:

E. Numa semana típica de trabalho no NASF, o que você faz?

- () visita domiciliar
- () atendimento individual
- () atendimento em grupos
- () atendimento de caráter emergencial
- () triagens, orientações e encaminhamentos
- () reunião com a equipe de saúde
- () discussão de caso clínico com a equipe de saúde
- () palestra para comunidade
- () capacitação para equipe(s)
- () oficinas com práticas corporais/relaxamento
- () oficinas com atividades manuais/expressivas
- () participação em instâncias de controle social
- () eventos (campanhas, por exemplo)
- () elaboração de relatórios, pareceres, laudos e prontuários
- ()

 Outra(s):

F. Qual(is) a(s) população(ões) que você atende no cotidiano do seu trabalho no NASF?

- () crianças () adolescentes () jovens () adultos () idosos
- () familiares dos(as) usuários(as) () comunidade

G. Em quais contextos você desenvolve seu trabalho?

- () nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- () nos ambulatórios de hospitais
- () nas escolas
- () nos serviços públicos ligados a outras secretarias
- () em órgãos ligados ao poder judiciário
- () na comunidade
- ()

 Outro:

H. Qual(is) atividade(s) relacionada(s) com o NASF, você considera inovadoras?

- () metodologia de apoio matricial
 () descentralização da atenção à saúde e à saúde mental
 () articulação com instituições de ensino, instituições comunitárias, setor de serviços no território
 () o trabalho em equipes multiprofissionais
 () as práticas de referência e contrarreferência
 () _____) Outra(s):

I. Qual(is) o(s) referencial(is) teórico(s) utilizado(s) para nortear seu trabalho no NASF? Especifique.

- () _____) Psicologia clínica:

 () _____) Psicologia social:

 () _____) Psicologia comunitária:

 () _____) Psicologia da saúde:

 () _____) Outra(s):

J. No seu trabalho no NASF, você identifica dificuldades para:

- () inserir-se no território
 () construir a vinculação e responsabilização (usuário/família/equipe de saúde)
 () construção de projetos terapêuticos singulares com a equipe de saúde
 () discussão e alinhamento do perfil de encaminhamentos com a equipe de saúde
 () matriciar a rede
 () uso dos protocolos clínicos e encaminhamentos
 () realizar ações específicas na área de saúde mental
 () trabalhar em equipe multiprofissional

- () realizar discussões de casos clínicos em equipe(s)
 - () capacitar a(s) equipe(s)
 - () lidar com as condições de trabalho
 - () lidar com os desafios éticos
 - () promover o reconhecimento dos saberes psicológicos
 - () lidar com a sobrecarga de trabalho
 - () promover a interface entre a saúde mental e a atenção básica em saúde
 - ()) Outra(s):
-

K. Quais as estratégias utilizadas por você para superar as dificuldades encontradas?

- () autoavaliação e busca de melhorias nas ações desenvolvidas
 - () busca de apoio institucional
 - () interlocução com psicólogas(os) no mesmo campo de atuação
 - () interlocução com outros profissionais de saúde.
 - () especialização na área de saúde pública, saúde coletiva e afins.
 - () educação continuada por meio de capacitações no ambiente de trabalho.
 - () aperfeiçoamento por meio de capacitações promovidas pelos órgãos de classe.
 - () busca de orientação nos órgãos de classe.
 - () organização e/ou participação em eventos intersetoriais.
 - ()) Outra:
-

Caso queira comentar aspectos do questionário e apresentar questões que não foram apresentadas em relação ao trabalho no NASF, utilize o espaço abaixo.