



Psicólogos do município da cidade do Recife em face de estratégia de saúde da família: percepções e desafios

Psychologists of the city of Recife in the face of family health strategy: perceptions and challenges

Cláudia Santana de ASSIS¹
Maria das Graças VICTOR SILVA²

Resumo: Objetiva-se neste estudo investigar a percepção e desafios do Psicólogo em sua atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Prefeitura da Cidade do Recife. Foi utilizado o método de pesquisa qualitativa, a partir da Análise de Conteúdo, numa amostra de 11 (onze) psicólogos vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), referente à política pública e aos dispositivos da Secretaria de Saúde do referido município. Como instrumento de coleta de dados foi aplicada uma entrevista semiestruturada, cuja análise demandou os recortes das narrativas com foco nas seguintes categorias analíticas: processos de adaptação ao trabalho e posicionamento relacionados aos desafios da atuação. Os resultados revelaram: inadequação da formação acadêmica para uma atuação na clínica nos serviços públicos de saúde; cultura e identidade profissionais atrelados ao atendimento clínico, favorecendo uma postura tecnicista nas intervenções deste serviço. Por fim, a avaliação revelou sentimentos de angústia e medo destes profissionais ao iniciarem suas atividades, bem como dificuldades em lidar com a diversidade de demandas dos usuários atendidos. Conclui-se que a Psicologia ainda enfrenta desafios no trabalho dos psicólogos nas diversas áreas das políticas públicas, inclusive a saúde em relação às práticas e tecnologias adotadas no enfrentamento da substituição do paradigma do modelo clínico liberal para um novo modelo que abarque uma crítica antológica, sociológica e epistemológica sobre as práticas clínicas tradicionais para uma clínica ampliada.

Palavras-chave: Estratégia saúde da Família. Atenção básica. Atuação do psicólogo.

Abstract: Abstract: The aim of this study is to investigate the perception and challenges of a psychologist at his/her work place concerning Health Family Strategy for Recife's City Hall. To do so, it was used the method of qualitative research using the content analysis in which 11 (eleven) interviews were conducted with the psychologists that perform at the Family Health Supporting Center (Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF), regarding to public policies and service provided by the Secretary of Health in Recife. Thus, it was used a semi-structured interview to collect data in order to analyze the interviewees' answers and it was focused on two analytical categories: processing of adaption at work and the challenges in their workplace. The research

¹ Psicóloga, com especialização em Intervenção em Psicologia Social e Comunitária pela Faculdade Frassinetti do Recife FAFIRE | E-mail: claudiaassis.psi@gmail.com

² Mestra pela Universidade Lusófona, Portugal. Professora do departamento de psicologia da faculdade Frassinetti do Recife e Coordenadora dos cursos de pós-graduação lato sensu: Psicologia no âmbito da Saúde Mental, da Faculdade Frassinetti do Recife | FAFIRE | E-mail: mariagvictor@gmail.com

revealed that the inadequacy of the academic curriculum which doesn't prepare psychology students to work in public health care service; culture and the professional identity are linked to the clinical care favoring a technical posture in health service. At last, the evaluation exposed that the interviewees revealed feelings of anguish and fear at initiating their activities, as well as difficulties to deal with the clients' demands. In conclusion, the Psychology undergraduates still face the challenge of working in diverse fields such as the public policies, including health care related to practices and adopted technology used as the substitution for the liberal method paradigm a new model which embraces the anthological, sociological and epistemological criticism about traditional practice to an extended clinic.

Keywords: Family health strategy. Basic care. Psychologist performance.

Introdução

Para compreender em maior profundidade os saberes e o fazer dos psicólogos na Rede de Atenção à Saúde Pública, objeto de estudo deste artigo, e fundamentalmente no dispositivo conhecido como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sente-se a necessidade de percorrer marcos históricos sobre a criação deste serviço. Assume-se que o conhecimento histórico é um referencial básico para entender a construção dos processos políticos e sociais, bem como ampliar um diálogo fecundo sobre as possibilidades de compreensão, reformulação, criação e ampliação teórica e as práticas que possam referenciar a atuação dos psicólogos nesses espaços de trabalho.

No período de 1970/1980, a Reforma Sanitária Brasileira representa uma proposta de transformação da situação sanitária e mudança social, pois se opunha ao sistema de assistência médico-hospitalar vigente na época, o qual privilegiava apenas os trabalhadores formais (carteira assinada), ocasionando desigualdade no acesso aos serviços de saúde, mercantilização do setor, centralização do processo decisório, precárias condições de saúde e ausência de integralidade (PAIM, 1999; DANELUCI, 2010). Destacando Daneluci (2010, p. 43): “as reivindicações ganharam força após a saída do Governo Militar, cuja política visava à comercialização da área da Saúde a empresas privadas (como por exemplo, o aumento do número de hospitais privados e vendas de leitos)”. À crítica ao modelo liberal de saúde brasileiro, feita pelo Movimento da Reforma Sanitária, junta-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, com a crítica ao modelo asilar, enfocando a desospitalização e a criação de serviços substitutivos, tendo como referência o modelo da Reforma Psiquiátrica italiana.

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foram sistematizados, concebendo a questão de saúde pela primeira vez como direito de todos e dever do Estado, sobressaindo à compreensão de que saúde não é um estado biológico abstrato de normalidade ou ausência de doença, mas uma expressão ativa de um direito de cidadania, superando uma concepção medicalizada da saúde. Além disso, o Estado descentraliza os serviços de saúde (setoriais), implicando a transferência efetiva de responsabilidades e poder decisório para os estados, municípios

e distritos, com a participação popular e controle social como um dos marcos para o planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde (PAIM, 1999; LUZ citado por DIMENSTEIN, 1998). Ainda por ocasião dessa conferência, foi apresentado o primeiro diagnóstico da assistência psiquiátrica a partir da crítica ao modelo de assistência psiquiátrica vigente no país, elaborado pelo Núcleo de Saúde Mental do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). Este documento foi importante por estabelecer as bases do movimento da Reforma Psiquiátrica, no bojo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2003; FALEIROS, 2006).

Entretanto, foi em 1988, com a nova Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), que foram assegurados aos brasileiros o seu direito social de saúde, incluindo a incorporação dos princípios e diretrizes definidos na VIII Conferência de Saúde, então anexados no capítulo da Seguridade Social. Neste sentido, a saúde passa a ser compreendida de forma articulada com a realidade brasileira, formulando uma política organizada para um reordenamento dos serviços e ações, tendo como princípio referencial o modelo de atenção integral à saúde. Para regulamentar o dever do Estado em cuidar da saúde, citado expressamente nesta Constituição, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 e Lei Orgânica complementar nº 8.142 no mesmo ano (DANELUCI, 2010; MINOZZO *et al*, 2014).

Neste contexto, para atender às necessidades de saúde e diminuir as iniquidades dos serviços de saúde no país, o SUS adota a Atenção Básica (AB) como um dos principais fundamentos operativos da assistência à população, possibilitando acesso à saúde abrangendo a promoção (saneamento, alimentação e atividades educativas), proteção (intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas) e curativa (ações que envolvem diagnóstico e o tratamento de doenças e agravos). Desta forma, a AB constitui-se como porta de entrada para o sistema de saúde, representando a coordenação dos cuidados diagnósticos e tratamento dentro do próprio sistema, integrando-se, assim, com a Rede de Atenção à Saúde, onde, no Decreto nº 7.508/2011 conceitua como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Neste contexto histórico da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Portaria nº 2.488/2011), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é colocada como o principal instrumento de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a atenção à saúde para mais perto das famílias, de modo a participar e melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2010). Dentro desta estratégia, a saúde da família é composta por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, um médico generalista ou médico com especialidade em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, sendo composta por: Cirurgião-dentista generalista ou especialidade em Saúde da Família, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2010; MINOZZO *et al*, 2014). Para dar assistência

à população adscrita, as equipes se responsabilizam por, no máximo, quatro mil pessoas. Entretanto, a média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica é de 3.000 pessoas por equipe. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários (BRASIL, 2010).

Com o propósito de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB à Saúde, bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e de regionalização, o Ministério da Saúde criou o NASF, (Portaria GM nº 154, 2008), e em 2011 o inclui na própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), (Portaria nº 2.488) (BRASIL, 2010; MINOZZO *et al*, 2014).

“O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica” (BRASIL, 2010, p. 10). Deve ser constituído por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimentos, tais como, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, entre outros, para compartilhar práticas e saberes em conjunto com os profissionais das equipes de EFS. Ademais, suas atribuições são

oferecer suporte à Estratégia Saúde da Família, no acompanhamento de casos assistidos pelas equipes, compartilhando e discutindo as experiências vivenciadas nos seus territórios. Esse compartilhamento deve-se dar sob a forma de co-responsabilização, podendo se efetivar através de discussões de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades, em atendimentos conjuntos e também na forma de educação permanente ou capacitação (BRASIL, 2006, apud MEIRA e SILVA, 2011, p. 370).

Ressalte-se que o NASF não é porta de entrada para o usuário, mas sim de apoio às equipes de ESF, bem como as equipes de AB, para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), e a Academia da Saúde compartilham ações de saúde nos territórios onde atuam. O NASF está inserido na rede de serviços dentro da AB (BRASIL, 2010; MINOZZO *et al*, 2014).

Pelo menos há duas décadas, a psicologia esteve ausente das políticas públicas deste país. Em grande parte, esta omissão se justifica pela própria constituição teórica deste campo de conhecimento, baseado na lógica adaptativa da avaliação, controle e naturalização dos fenômenos psíquicos, cuja referência era estabelecida por padrões idealizados de normalidade. Tais padrões que perduram até hoje, embora de forma atenuada e em processo de transição para um modelo que tem como diretriz os compromissos sociais desta ciência alinhados ao paradigma da Psicologia Sócio-Histórica, articulam as questões da subjetividade com a prática emancipadora dos sujeitos (GONÇALVES, 2011; OLIVEIRA, 2011; BOCK, 2015).

Assim, nos últimos 20 anos, a psicologia vem vivenciando um novo paradigma para sua atuação, em virtude das mudanças políticas, sociais, econômicas e da saúde, colocando como desafiador e complexo o ser-fazer deste profissional que, durante sua formação

e prática, historicamente, privilegia a clínica privada e o atendimento individualizado, propiciando um reducionismo da compreensão saúde-doença ou uma psicologização do fenômeno (MEIRA e SILVA, 2011, BOCK, 2015). Essa construção se insere perfeitamente nas diretrizes do SUS e na atuação do psicólogo nos NASFs.

Embora o trabalho do psicólogo no NASF seja recente, são ainda reduzidas as pesquisas realizadas. Com isso, a relevância de se pesquisar esta temática foi contribuir para uma ampliação de produção científica, tendo como utilidade fomentar discussões e possibilitar mudanças na formação dos futuros psicólogos para uma atuação transdisciplinar, preocupada e integrada ao contexto dos problemas da realidade brasileira que se apresenta como determinante no processo saúde-doença da população assistida.

A psicologia na Estratégia Saúde da Família

Pensar na atuação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família não é uma tarefa fácil, tendo em vista o tempo de inserção nas instituições de saúde pública, especificamente na atenção básica – NASF, ser relativamente pequeno. Vários estudiosos apontam a inadequação da formação acadêmica para a atuação do psicólogo na Atenção Básica, pois ainda é incipiente com temáticas sobre saúde coletiva e a prática desses nos serviços de saúde (DIMENSTEIN, 1998; 2001; NEPOMUCENO, 2009; BOING e CREPALDI, 2010; NE-POMUCENO e BRANDÃO, 2011; MEIRA e SILVA, 2011; SPINK, 2003; AGUIAR e RONZANI, 2007; TRAVER-SO-YÉPEZ, 2001). As modificações na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) que instituiu novos princípios para todos os cursos de graduação no país, em psicologia, culminaram com a resolução nº 8, de 07 de maio de 2004. É necessário ressaltar o artigo 4º pelas implicações com esta temática aqui desenvolvida.

A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: a) 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 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2004).

Como ressaltam Moreira e Castro (2009, p. 10), “é pensar a produção social e histórica desse profissional”. Ao se inserir neste contexto, o profissional encontra dificuldades quanto ao modelo limitado de atuação profissional, que é o enfoque da área clínica, realizando a transposição dos modelos das psicoterapias tradicionais para o âmbito da saúde pública e adaptando-se às condições de perfil profissional trazido pelo SUS, que convoca esta clínica para uma mudança de sentido, ou seja, a ideia de clínica ampliada de saúde mental.

Neste contexto, o psicólogo encontra dificuldades para pensar práticas que sejam condizentes com as necessidades e características da população assistida. Souza (2009)

caracteriza essa população como dezenas de milhões de brasileiros condenados dia a dia a situação de humilhação, que tem origem nas desigualdades econômicas e sociais. Essas desigualdades formam o núcleo da “violência simbólica”, que não aparece como violência, tornando possível a naturalização dessas desigualdades que se reproduzem cotidiana e indefinidamente por novas formas de legitimidade da dominação cotidiana e injusta. Ao colocar as questões da desigualdade produzida prioritariamente pelas relações econômicas e omitindo e relegando as questões sociais que legitimam padrões exigidos pela formação social capitalista, apela para uma suposta e vaga continuidade com o passado distante, para que possa mantê-la invisível. É essa classe social que este autor designa como “ralé”, não para ofender essas pessoas tão sofridas e humilhadas, mas para chamar atenção sobre o nosso maior conflito social e político: o abandono social e político, que é consentido e assimilado por toda sociedade e por toda uma classe de indivíduos precarizados que se reproduz há várias gerações, até os dias atuais.

Podemos aproximar que a formação do psicólogo traz um acúmulo histórico-cultural de uma atuação em que a compreensão dos fenômenos da esfera psíquica e mental são abordados sem considerar as questões políticas, econômicas, ambientais e as dimensões sociais tão fundamentais para compreender o processo saúde-doença-cuidado no acolhimento a esta população que busca seus serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF que forma a Atenção Básica.

O desafio para a psicologia é transcender o foco da atuação individual para uma abordagem voltada à saúde coletiva, construindo uma visão crítica sobre sua atuação, e desenvolver referenciais teórico-metodológicos, atualizar conceitos, capacidade de comunicação com a nova clientela e de atuação nos cenários colocados pela ESF (NEPOMUCENO, 2009). Diante destes elementos, o psicólogo, ao trabalhar na e para ESF, necessita ter uma atuação da clínica ampliada, voltada à singularidade do sujeito, às questões sociais e subjetivas que se entrelaçam no processo saúde-doença-cuidado, bem como atentar para as fragilidades e potencialidades da população assistida, priorizando o sujeito em sua totalidade. Os profissionais de saúde, especificamente os psicólogos, com essas atitudes, aproximam-se do sofrimento cotidiano, que muitas vezes é responsável por somatizações ou complicações clínicas. O cuidado não implica a rejeição do uso da técnica ou do controle da doença, entretanto, a questão é ir além e redimensionar a prática nas instituições de saúde a partir de uma atitude de criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, como também, ofertar formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos (BRASIL, 2013; CARVALHO, BOSI e FREIRE, 2009).

Metodologia

A pesquisa foi realizada em Recife, no estado de Pernambuco. Inicialmente os sujeitos da pesquisa seriam os 20 (vinte) psicólogos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), vinculados à Secretaria de Saúde do município. Entretanto, houve redução de

quadro no período da coleta de dados, tendo 15 psicólogos admitidos, destes, 11 psicólogos aceitaram participar da pesquisa. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco, parecer nº 1.205.339.

O acesso aos sujeitos da pesquisa foi mediado através da intervenção de uma das coordenadoras do NASF, que disponibilizou os contatos e e-mails dos profissionais para verificar sua disposição de participar da referida pesquisa. Utilizou-se da pesquisa qualitativa, cuja abordagem realiza aproximação do sujeito e objeto, compreendendo a subjetividade do sujeito sobre sua forma de agir, pensar, opinar e interpretar suas próprias ações em seu contexto vivido (MINAYO, 2015).

Por se tratar de conteúdo subjetivo, considerou-se mais adequada para atender aos objetivos do projeto a entrevista semiestruturada, porque possibilita obter informações acerca das impressões dos sujeitos sobre determinados eventos, permitindo que possam ser explorados novos questionamentos a partir dos objetivos propostos, podendo ser acrescentadas novas categorias analíticas. Os procedimentos foram explorados através da análise de conteúdo (Bardin, 1977; Minayo, 2015; Souto, 2013), que propõe investigar o tema referenciado no trabalho a partir da compreensão dos significados que emergem na comunicação dos sujeitos através do conteúdo de suas falas. Após a leitura das entrevistas individualmente, foi realizada uma leitura comparativa dos depoimentos, representando o momento da exploração do material que tem como objetivo analisar o que está explícito para o que é implícito, de revelador para o velado, do texto para o subtexto (MINAYO, 2015). O material foi agrupado pelas seguintes categorias analíticas: o processo de adaptação ao trabalho e os posicionamentos relacionados aos desafios de atuação, a fim de classificar os depoimentos classificados em subcategorias.

Análise e discussão dos resultados

Após explanar sobre os desafios e pensar possibilidades de atuação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família, foram apresentados os resultados sobre o processo de adaptação e os desafios enfrentados pelos psicólogos do Recife que atuam no NASF. A análise de conteúdo das entrevistas evidenciou a categorização das temáticas em 02 (dois) blocos, agrupados em 7 (sete) subcategorias como está explicitada abaixo:

Tabela 1: temas e subtemas identificados nas entrevistas

Categorias	Sub-categoria
1. Processo de adaptação de trabalho	1.1 – Percepções e sentimentos 1.2 – Formação acadêmica 1.3 – Novo público de atendimento
2. Posicionamento relacionados aos desafios de sua atuação	2.1 – Entendimento sobre papel do psicólogo 2.2 – Rejeição da ESF / Visão da ESF referente ao papel do psicólogo 2.3 – Condições de trabalho, organização dos serviços e dificuldade com a Rede 2.4 – Limitação da prática

Processo de adaptação ao trabalho

Quanto ao ingresso na rede pública, com exceção de duas psicólogas – efetivadas por meio de concurso público –, os demais entrevistados foram admitidos na Secretaria de Saúde através de contratos com hospitais do município que tinham convênio com Prefeitura do Recife para prestar serviço no NASF. Todos relataram que houve oficina explicando os princípios e objetivos do NASF, assim como a função de cada um para dar apoio às equipes de saúde da família. Entretanto, ao serem questionados se conheciam previamente sobre o papel do psicólogo neste contexto, nove entrevistados afirmaram que não sabiam, pois imaginavam aquele serviço ser um tipo de ambulatório. Como se percebe na citação a seguir: “Eu pensava que era um pouco de atendimento em ambulatório, embora não fosse, por exemplo, psicoterapia, né? Mas era um pouco de atendimento em ambulatório. É... se necessário as visitas para conhecer o contexto da dinâmica (Entrevista 4, dois anos de NASF).”

Alguns entrevistados relataram sentimentos como angústia, se declararam assustados ao iniciarem o seu trabalho, principalmente para profissionais que não tinham nenhuma experiência em saúde pública. Entretanto, os outros profissionais, mesmo tendo vivência na Atenção Básica ou na área social, relataram complicações em colocar em prática suas atividades, tendo em vista que estavam implantando o NASF em Recife há seis anos, sendo algo novo e com poucos estudos sobre a atuação do psicólogo neste contexto.

Muita angústia... Muita angústia... assim... Porque tudo que é novo causa certa ansiedade, né? E assim, tudo eu perguntava como era que funcionava, como era... Foi angustiante porque assim... como eu lhe disse: uma coisa é você tá numa zona de conforto e você saber o que você vai fazer, e por ser muito dinâmico eu não entendia essa lógica, por exemplo: apoio matricial, né? O que é apoio matricial? Uma coisa é você ler e outra coisa é você vivenciar. O matriciamento é vivo de uma forma em uma unidade. Então, não tem uma coisa... tipo... pronta, arrumada, definida... então, assim, para quem está entrando no serviço, que não tem muita propriedade, isso eu acho que é muito angustiante (entrevista 9, dois anos de NASF).

Cabe aqui recorrer a Ferreira Neto (2011, p. 105), que reitera considerações já feitas por Spink (2003) ao discutir algumas reações dos psicólogos ao saírem “da relação protegida, forjada na clínica particular – onde as normas são definidas pelo próprio psicólogo – e enfrentar a rede complexa de normas institucionais”.

Pode-se perceber o consenso na literatura sobre as falhas dos modelos curriculares no diálogo da psicologia com a saúde, como uma dimensão coletiva e com as políticas públicas, como apontam Carvalho, Bosi e Freire (2009). Já Ferreira Neto (2008) ressalta que o curso de psicologia se divide em diferentes abordagens teórico-metodológicas, com atuações pensadas como universos estanques, favorecendo uma segmentação no curso, pois cada segmento só dialoga entre si, construindo uma formação fragmentada e

compartimentalizada. Dessa forma, para o psicólogo dar conta da trama social, impõe-se ir além da prática clínica. Fica evidente nesse depoimento: “Talvez eu acho que a faculdade não prepara a gente para vir para atenção básica. Estuda na faculdade para fazer atendimento individualizado no consultório, tá entendendo?” (Entrevista 2, cinco de NASF)

Outra questão trazida foi como lidar com os sofrimentos psicossociais que a comunidade atendida vivencia, revelando a dificuldade do profissional em lidar com a demanda da clientela:

Olhe! Para mim foi uma experiência traumática no começo porque você tá é... os casos são gritantes. Não são casos leves, né? E assim quando a gente fazia visita domiciliar... aí mexia com a gente. [...] mas assim são casos que você fica estarecida... que às vezes você diz assim: se pega dizendo: e aí, o que é que eu faço? [...] Fui apresentada à equipe, e assim... não teve uma pessoa que dissesse: olha eu vou com você... entendeu? Pra saber como era a coisa. Aí eu fui aprendendo sozinha. Aí eu fui. Um dizia: isso é pra psicóloga, isso é pra psicóloga... isso é para psicóloga e depois eu fui vendo que assim... não era tudo para psicólogo, entendeu? Tem coisa que eu digo: Eu passo para assistente social. Oh vê lá o social, faz uma avaliação e me traz (Entrevista 11, cinco anos de NASF).

O psicólogo, no momento do encontro com o outro, o usuário dos serviços de saúde, necessita repensar a própria prática a partir do compromisso e da compreensão crítica dos fenômenos socioculturais (CARVALHO, BOSI e FREIRE, 2009). Este profissional precisa olhar o outro que busca o serviço de forma integral, valorizando seu contexto social, histórico, cultural, ambiente familiar e psicológico dos indivíduos (AGUIAR e RONZANI, 2007). Escutar a necessidade real do sujeito e não o que profissional recorta e acredita que deve ser feito. Segundo Merhy (2000), as tecnologias leves de cuidado são aquelas que produzem relações de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização, dentre outros. Desta forma, segundo Oliveira (2011), o objetivo maior é produzir efeitos subjetivos nos sujeitos. Para tal, os cuidadores devem utilizar suas habilidades pessoais que envolvem sua própria subjetividade como recurso, devendo sustentar relações capazes de provocar interferências nestas subjetividades.

Posicionamentos relacionados aos desafios de atuação

Ao serem perguntados como entendem ser o papel do psicólogo na ESF, percebe-se em seus discursos o enfoque para modelo biomédico e o desconhecimento sobre o papel do psicólogo no NASF, conforme segue a fala:

Eu acho o psicólogo é... assim... uma peça... tanto o psicólogo como outros profissionais, mas o psicólogo especificamente é muito importante. [...] ele é muito solicitado... muito solicitado. Tanto pelos profissionais médicos, enfermeiros, ACS “pra” vamos dizer assim... depressão, ansiedade, problemas residenciais, problemas de aprendizagem... A demanda é muito grande em relação a esse profissional (Entrevista 6, cinco de NASF).

Este recorte traz questões sobre como é a atuação do psicólogo na AB, revelando vários tipos de problemas e demandas que apontam para a inexistência de um diálogo transdisciplinar, bem como, a necessidade de reuniões científicas entre a equipe multidisciplinar, que deve contar com supervisão periódica. Para Dimenstein (2001), os psicólogos ainda não conseguiram realizar uma revisão dos pressupostos teóricos e metodológicos para uma atuação eficaz na saúde. Neste sentido, acabam reproduzindo práticas e saberes consolidados em um modelo de identidade clássica, cuja base é o uso da psicoterapia.

De forma recorrente, nas falas dos profissionais entrevistados surge como desafio a rejeição da ESF quando se explica a atuação do psicólogo no NASF, seja porque algumas equipes estavam desacreditadas, com expectativas de que seriam resolvidos todos os problemas da comunidade, ou pelo desejo do psicólogo de realizar psicoterapia, como segue no depoimento:

Então, quando o Nasf chegou me pareceu muito que as expectativas das unidades básicas... chegou agora o psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga e agora vai atender as pessoas da área aqui para resolver as questões e a gente frustrou isso. Porque a gente não chega para fazer esse atendimento. A gente chega para matricular... a gente chega para fazer algumas orientações... para fazer alguma participação junto com alguns profissionais, no caso, a gente chega para fazer prevenção... para poder fazer o trabalho de promoção à saúde. A gente não chega para fazer o atendimento em ambulatório. E a expectativa era essa. Então, a gente foi recebido dessa forma. Chegou o nosso ambulatório, e a gente: não chegou nosso ambulatório (risos), e gerou uma tensão, e a gente vai diluindo com os anos, claro... à medida que a gente vai trabalhando... Vai deixando mais claro o que a gente pode fazer. Mas, o primeiro impacto foi esse, e ainda fica. Ainda hoje escuto, o NASF faz o quê? Não atende, então faz o quê? (risos) (Entrevista 5, cinco anos de NASF).

Tal fato pode evidenciar o que Dimenstein (2001), citada por Vieira e Oliveira (2012, p. 111), coloca: que “graças à tradição da atuação do psicólogo, há por parte das instituições e mesmo da população a expectativa de que o psicólogo realize atendimentos individualizados em prejuízo de outros tipos de intervenção dentro ou fora das unidades de saúde”.

Foi recorrente nas falas dos entrevistados as dificuldades frente às condições de trabalho, especificamente a estrutura física, sobrecarga de trabalho e precariedade com a rede, gerando inquietações na busca pela resolução do caso, como traz em um dos depoimentos:

como eu já mencionei da gente não ter essa rede bem estruturada e, principalmente, para gente na área de psicologia, essa rede de atenção psicossocial tá totalmente, sabe? Disfuncional... Como é que você não tem um psiquiatra? [...] Aí você encaminha para uma emergência. Tenta articular com o CAPS, mas o CAPS também tá sobrecarregado porque estão com equipes reduzidas. Então, o que é que a gente faz com o usuário desses? Sabe? Então... é... essa coisa... às vezes eu tô atendendo o usuário, tô fazendo a escuta e a minha mente tá assim a mil, sabe? Ao mesmo tempo que eu estou compreendendo toda a dinâmica dele, tentando entender o que levou àquilo, né? Fornecendo essa escuta de alívio, mas assim... e o depois?

Tá, eu tô atendendo, mas quando esse usuário terminar, o que é que eu vou dizer a ele? Para onde vou encaminhar? Posso encaminhar para psicoterapia, mas psicoterapia só também tem fila de espera e enquanto isso? O que fazer com o sofrimento? E se esse usuário estiver correndo risco de vida, sabe? Então... isso dá uma sensação de paralisação. Tipo... eu fico só escutando e ao mesmo tempo que eu preciso tá atenta, né? Ao sofrimento dele, eu preciso também já tá articulando o que fazer com esse usuário. Então, essas são uma das coisas que me inquieta. Acho que a que mais me inquieta (Entrevista 4, 2 anos de NASF).

No entanto, tais dificuldades institucionais não devem ser confundidas com atuação junto aos usuários deste dispositivo, podendo se buscar outras formas de cuidado até que seja garantido o atendimento que este requer, e não apenas a psicoterapia.

Outra dificuldade apresentada foi a limitação da prática para atender e acompanhar as famílias que são atendidas, como traz o depoimento a seguir:

a gente lida com um estrangulamento muito grande e uma limitação da nossa prática. A gente não tem como assumir... veja uma equipe saúde da família gira em torno de 3.500, se for, né? O preconizado são 3.500, mas tem equipes que têm mais. Uma equipe dá conta de 3.500, a gente dá conta de 9 equipes. Então, a gente não tem condições de fazer acompanhamento, né? A longo prazo, né? E a gente encontra muitos casos, muito graves. [...] a gente acaba se sentindo de mãos atadas por querer ajudar... o querer poder fazer, eu podia fazer é... em cada unidade, sei lá. Eu tenho 10 turnos. Em cada unidade eu faria um turno de ambulatório. Eu poderia ajudar determinadas pessoas, mas mesmo que eu fizesse isso não daria para eu ajudar todo mundo. Não ia abarcar e também a gente não pode fazer isso. A gente pode fazer atendimento, escuta e tal qualificada, mas não é isso que a gente pode fazer. É esse limite... é esse abrir e esse limite que a gente tem que fazer. Abrir o campo, mas tem o limite de atuação também (entrevista 8, cinco anos de NASF).

De fato, a dimensão da clínica tradicional continua a ser a prioridade no atendimento. Entretanto, com o depoimento acima percebe-se uma atuação eminentemente clínica, demonstrando falta de preparo para a realização de um trabalho multidisciplinar e inter-setorial. Torna-se necessário conhecer as fragilidades e potencialidades das comunidades, compreendendo os sofrimentos psicossociais que os sujeitos vivenciam e construir junto à equipe NASF, ESF, comunidade e as redes de apoio, novas formas de intervenção mais eficazes. Essas formas de intervenção são apontadas por Nepomuceno (2009) como:

- Ações de territorialização e planejamento local de saúde;
- Ações de acolhimento e humanização dos serviços de saúde;
- Visitas domiciliares;
- Ações de suporte à saúde mental (atendimento individual/ambulatorial, atendimento de casal e famílias, grupos terapêuticos, triagem, grupos de crescimento pessoal, participação nos processos de organização dos serviços ofertados e organização da demanda);
- Atuação/facilitação em grupos da ESF (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, crianças, hanseníase e outros);

- Atuação junto a rodas e/ou reuniões das equipes multiprofissionais, potencializando os processos grupais;
- Ações comunitárias e de articulação de redes sociais;
- Consultoria social e organizacional a projetos sociais e instituições dos territórios;

É possível que o desconhecimento de tantas ações e priorização da clínica psicoterapêutica como prioritária imobilize e reduza as questões de formação, as dificuldades institucionais. Tais ações devem ser sustentadas pela capacidade de analisar contextos, desenvolver capacidade de articulação de variáveis para o exercício de diagnóstico individual, social, institucional, comunitário; de saber registrar seu projetos de intervenção e manejo das tecnologias que podem ser empregadas, utilizar vários tipos de abordagens, como mobilização sociocultural, dinâmicas grupais, terapia comunitária, arteterapia, intervenção em crises e habilidades terapêuticas básicas que podem incluir a diversidade das linhas teóricas da psicologia (Oliveira, 2011).

Considerações finais

Considerando os achados do estudo, conclui-se que a prática dos psicólogos dos NASFs do Recife, em sua maioria, ainda não rompeu com práticas cristalizadas da psicologia, que priorizam o atendimento psicoterápico com olhar unicamente para o indivíduo, tendo como foco apenas os sintomas e sua patologia. Percebe-se que a inadequação da formação acadêmica que não realiza uma conexão das disciplinas entre teoria e prática no contexto de sala de aula forma profissionais acríticos e despreparados em suas práticas institucionais para manejar outras referências para sua atuação nesse contexto.

Todavia, a amostra populacional desta pesquisa apresentou profissionais formados em sua maioria há mais de 10 anos, e por isso não tiveram em sua matriz curricular uma disciplina sobre políticas públicas de saúde. No entanto, todos poderiam ter acompanhado este novo processo de construção da entrada da psicologia nas políticas de saúde, que se deu ao longo do tempo em que já estavam inseridos nesses dispositivos. É interessante ressaltar que todos eles revelaram que passaram por capacitação ao entrarem nos NASFs. Apesar dessa revelação, dos medos, angústias, queixas de disfuncionalidade da rede de atenção à saúde mental encontradas nos recortes de suas falas, isso não foi traduzido na necessidade de mudança de suas práticas e as implicações de cada um deles no processo de desconstrução da clínica consultorial para outras formas de atuação exigidas por uma nova clínica chamada “ampliada”.

Portanto, os profissionais que já estão na ponta deste serviço precisam se desinstitucionalizar das práticas hegemônicas que foram construídas ao longo dos tempos e se questionarem sobre quais práticas têm realizado, assim como os compromissos ético-políticos que têm surgido como prioridade em suas ações. Na verdade, esta pretensão

exige uma mudança do olhar do psicólogo para as relações sociais que constroem estilos de vida das pessoas, famílias e comunidades, produzindo novas subjetividades, e permitir que este olhar seja capaz de compreender os determinantes sociais, bem como, a criação de vínculos e responsabilidade no “cuidado”, levando a comunidade a ser protagonista deste processo, estimulando sua participação na construção das mudanças subjetivas e, conseqüentemente, em seus territórios.

Acredita-se, também, que há uma expectativa por parte da gestão das ESF quanto ao fazer do psicólogo voltado para atendimentos individualizados, incentivando o engressamento das práticas tradicionais. Isto revela a imagem que se tem do profissional de psicologia, cujo enfoque recai na ação do tratamento de psicopatologias, ignorando o sofrimento psicossocial em que a população se encontra. Neste sentido, o modo como o psicólogo desenvolve suas atividades nesses espaços irá cristalizar esse olhar da sua atuação ou possibilitar uma prática voltada para psicologia social da saúde, que busca intervenção mais local e coletiva, possibilitando outras formas de intervenção na saúde.

Entretanto, é necessário que o psicólogo continue a criar espaços para grupos de estudos, fóruns, discutindo esses aspectos nas universidades, com o objetivo de construir momentos de reflexão, propostas e ações para fortalecer aportes teóricos e práticos que fundamentam a prática do psicólogo no NASF, bem como identidade e cultura profissional.

Vale ressaltar que não se tem uma pretensão de generalizar os sentimentos e desafios que são vivenciados pelos psicólogos ao iniciar o seu trabalho na atenção básica ou esgotar o tema. O intuito é entender o fenômeno e ampliar a produção científica, fomentando outras possibilidades de estudo.

Referências

- AGUIAR, S. G.; RONZANI, T. M. Psicologia social e saúde coletiva: reconstruindo identidades. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 11-22, jul./dez. 2007.
- BRASIL**. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 02 abr. 2016
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2010.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, 2013.
- BOCK, A. M. B. **Psicologia e o compromisso social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- BOING, E; CREPALDI, M.A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30. n. 3, p. 634-649, set. 2010.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L.; FREIRE, J. C. A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 60-73, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução n. 8, de 07.05.2004. Institui as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf> Acesso em: 08 dez. 2016.

DANELUCI, R. C. **Psicologia e unidades básicas de saúde**: contextualização das práticas na atenção básica. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudo de Psicologia**, Natal, RN, v. 3, n. 1, p. 53-81, jun. 1998.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo e compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

FALEIROS, V.P. O que é política social? 5. ed. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **A construção do SUS**. 2006.

FERREIRA NETO, J.L. Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 62-69, abr. 2008.

_____. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, 2011.

GONÇALVES, M.G.M. Crepop: construção das referências para a atuação dos psicólogos em políticas públicas. In: SEMINÁRIO NACIONAL PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: subjetividade, cidadania e políticas pública, 5., Brasília. **Anais...**, Brasília, 2011.

MEIRA, M.A.; SILVA, M.O. Atuação da psicologia na estratégia saúde da família: a experiência de um psicólogo em uma residência multiprofissional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, PB. v. 15, n. 03, p. 369-376, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34.ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINOZZO, F. et al. Saúde mental, atenção primária à saúde e integralidade. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA. **Atenção integral na rede de saúde**: módulo 5. 6. ed. Brasília, 2014.

MOREIRA, D.J.; CASTRO, M.G. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. **TransFormações em Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 51-64, 2009.

NEPOMUCENO, L. B. A prática da psicologia no NASF. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2009.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 4, p. 762-777, 2011.

OLIVEIRA, M. V. A ação clínica e os espaços institucionais das políticas públicas: desafios éticos e técnicos. In: SEMINÁRIO NACIONAL PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: subjetividade, cidadania e políticas públicas, 5., Brasília, 2011. **Anais...**, Brasília, 2011.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. (Org.) **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

_____. _____. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SOUTO, M.A. **Internamento compulsório para usuários de crack**: concepções subjacentes aos posicionamentos de gestores públicos e profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SOUZA, J. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectiva e desafios. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, dez. 2001.

VIEIRA, C.; OLIVEIRA, W. O papel do psicólogo na atenção primária na era NASF: ações, percepções e perspectivas. In: ZURBA, M.C. (Org.) **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012.

Recebido em: 08.09.2016

Aprovado em: 03.10.2016

Para referenciar este texto:

ASSIS, Cláudia Santana de; VICTOR SILVA, Maria das Graças. Psicólogos do município da cidade do Recife em face de estratégia de saúde da família: percepções e desafios. **Lumen**, Recife, v. 26, n. 1, p. 135-149, jan./jun.,2017.