

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

FREITAS, Denise Silva Cardoso; CARDOZO, Magda Arlete Vieira. A atuação do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família. *Omnia Saúde*, v.12, supl., p.01-17, 2015.

ISSN versão Online 2236-188X
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 07/07/2016
Revisado em: 17/10/2016
Aceito em: 19/11/2016

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

THE PERFORMANCE OF THE PSYCHOLOGIST IN SUPPORTING FAMILY HEALTH CENTER

Denise Silva Cardoso de Freitas

Pós-Graduação lato sensu em Psicologia da Saúde (FAI)

Magda Arlete Vieira Cardozo

Mestre em Psicologia (UNESP)

RESUMO

Este artigo traz uma breve contextualização da inserção do psicólogo nos órgãos públicos de atenção à saúde. Busca-se por meio de uma revisão bibliográfica sistemática apresentar algumas características de atuações dos psicólogos inseridos nos NASFs. Objetiva-se proporcionar maior conhecimento sobre a atuação desse profissional no cenário específico da Atenção Primária em Saúde. Conclui-se que a prática do apoio matricial é comum em quase todas as equipes. A visita domiciliar compartilhada também ocorre, embora relatada com menor frequência. O trabalho com grupos específicos é visto como a principal prática voltada para a prevenção e promoção em saúde e a prática da clínica tradicional ou até mesmo contextualizada também se faz presente.

Palavras-Chave: Psicologia; NASF; Atenção Primária.

ABSTRACT

This article brings a brief contextualization of the insertion of the psychologist in the public organs of health care. It is searched through a systematic bibliographical review to present some characteristics of psychologists' performances inserted in the NASFs. The objective is to provide greater knowledge about the performance of this professional in the specific scenario of Primary Health Care. It is concluded that the practice of matrix support is common in almost all teams. The shared home visit also occurs, although reported less frequently. Working with specific groups is seen as the main practice focused on prevention and promotion in health and the practice of traditional or even contextualized clinic is also present.

Keywords: Psychology, NASF, Primary Care.

INTRODUÇÃO

A psicologia no serviço público de saúde

A atuação de psicólogos na saúde pública é relativamente recente, bem como, também pode-se dizer da própria psicologia enquanto profissão regulamentada pela Lei 4119 de 1962. O ingresso da psicologia nos serviços públicos de saúde é apontado por vários autores (POUBEL, 2014; PIRES & BRAGA, 2009; DIMENSTEIN, 1998) como datado da década de 1970, embora, seja relatada a ocorrência de algumas atuações isoladas antes disso.

Os primeiros concursos públicos para a contratação de psicólogos para os serviços de saúde pública ocorreram na década de 1980 (DIMENSTEIN, 1998). Carvalho e Yamamoto (2002 apud PIRES e BRAGA, 2009) afirmam que a inserção do psicólogo nos serviços de saúde pública se deu com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com vistas à redução de custos e maior eficácia dos atendimentos, por meio da formação de grupos multiprofissionais. Os mesmos autores acrescentam que a inserção foi impulsionada principalmente por dois fatores: a redução do mercado de atendimento psicológico privado, em decorrência da crise econômica que, na época, afetava o país, e a crítica à Psicologia clínica tradicional, por não apresentar significado social, a qual motivava o surgimento de práticas alternativas socialmente mais relevantes. A inserção do psicólogo no âmbito da saúde, no Estado de São Paulo, consta de 1982, onde a política da Secretaria de Saúde visava à desospitalização e extensão dos serviços de saúde mental na rede básica (SPINK, 1992 apud PIRES e BRAGA, 2009).

Nota-se que, considerando as datas citadas, a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde se deu em meio a um cenário político e social conturbado, momento de importantes mudanças, aqui devemos citar: Ditadura Militar (1964-1985), o Movimento da Reforma Sanitária (1960-1964,1970), a VIII Conferência Nacional da Saúde (1986), Constituição Federal (1988), Sistema Único de Saúde (1988). Nada ocorre de forma descontextualizada de modo que “a história da Psicologia no Brasil se confunde com a própria história do país, uma vez que as novas atuações das (os) psicólogas (os) os levam a participar de discussões sobre quais políticas públicas buscamos” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.10).

Na década de 1980, através da Constituição Federal, foi determinada uma importante mudança na concepção clássica de saúde, que estabelecia uma relação direta entre saúde e condições de vida, conferindo ênfase aos condicionantes econômicos sociais, culturais e bioecológicos e não mais somente a simples ausência de doenças (VASCONCELOS & PASCHE, 2006). Baseado nesta nova ênfase, adequações também foram propostas no modo de atenção prestada, até então, norteadas por fundamentos assistencialistas e curativos. Passa-se, assim, de um foco na cura de doenças para a prevenção e promoção à saúde, o atendimento, antes excludente, passa a ser um direito adquirido “um direito de todos, e dever do Estado” (BRASIL, 1988, Art.196), de um regime de ações centralizadas passa a se valorizar a avaliação territorial, propiciando a formulação de ações fundamentadas nas reais necessidades.

Até o momento, a Psicologia em contextos de saúde se baseava também em uma perspectiva de diagnóstico e cura, realizando a aplicação de testes e métodos de avaliação psicológicos nos serviços públicos de orientação (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2011).

E, nesta nova perspectiva, a Psicologia passa a possibilidade de atuar efetivamente com foco na atenção, promoção, prevenção de saúde, não apenas nos casos de doença, mas, nas ações que visam melhoria da qualidade de vida. Como destaca Rumin (2013, p.30) observa-se a “participação da profissão nas políticas públicas sociais e a retomada de práticas dirigidas a comunidade”.

SUS, ESFs e NASF

O estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciou um novo modelo de política pública com um conjunto hierarquizado, regionalizado e articulado de serviços e ações em saúde. Foi implantado gradualmente e normatizado pela lei orgânica da saúde (Lei nº 8.080/90). O funcionamento do SUS obedece aos seguintes princípios básicos: universalidade de acesso, descentralização político administrativa, participação social, integralidade e equidade do cuidado. Desde a implantação do sistema muitas adaptações e atualizações foram necessárias, inúmeros documentos (pactos, portarias, normas, políticas públicas, projetos) foram publicados e executados no intuito de organizar o sistema e garantir o cuidado à população.

O SUS opera em três níveis de atenção à saúde, organizado em crescente nível de complexidade e densidade tecnológica, a saber: Atenção Primária, Atenção Secundária e Terciária (BRASIL, 2010). Em 2010, foi proposta a organização de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Mendes (2010, p.2297) aponta que há nos sistemas de saúde “uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas”. O autor propõe que a solução para este impasse envolve uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as redes de atenção à saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou atenção básica, caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p.12). São funções essenciais da APS: a resolução da maioria dos problemas de saúde da população; a organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde; e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002 apud BRASIL, 2010). A atenção primária, no país, se estrutura principalmente através das Estratégias de Saúde da Família (ESF), considerada uma das portas de entrada da RAS.

A Estratégia de Saúde da Família prevê a contratação, pelos municípios, de equipes multiprofissionais compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde para cuidar de um determinado número de famílias por território. Para o Ministério da Saúde, este modelo de organização permite que a atenção seja prestada voltando-se às necessidades específicas da população atendida respeitando as características do território onde está inserida (NUNAN, 2009).

Em pouco tempo, a amplitude e complexidade das ações dessas equipes, a falta de recursos técnicos e materiais, acabaram por fazer necessária a contribuição de outros profissionais da saúde. Para Cela e Oliveira (2015) as políticas públicas de saúde no Brasil são historicamente

marcadas pela lógica reformista, na qual “novas instituições surgem para remediar falhas no planejamento ou execução do que fora anteriormente instituído” (p.32). Na perspectiva de qualificar as ações e ampliar a resolutividade, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).

Os núcleos podem reunir profissionais de variadas áreas de saúde, entre: psicólogos, médicos (ginecologistas, pediatras, internistas, do trabalho, geriatras, acupunturista, homeopata e psiquiatras), profissionais de educação física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, profissionais com formação em arte e educação e profissionais de saúde sanitaria. Podem configurar-se atualmente em duas modalidades - NASF1 e NASF2 - que se diferem de acordo com o número de ESFs a ser vinculado, número de profissionais participantes, carga horária total e forma de financiamento (BRASIL, 2012).

A definição dos profissionais que irão compor uma equipe do NASF fica a cargo de gestores municipais que devem pautar-se na demanda local, no entanto, a portaria que regulamenta o NASF sugere que em cada equipe haja minimamente um profissional da área de saúde mental, "tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais" (BRASIL, 2008, p.2). O fato de não existir um modelo restrito de organização da equipe a formar o NASF é visto como um aspecto positivo por possibilitar muitas configurações de equipe e consequentemente diferentes iniciativas destas equipes espalhadas por todo o país, sabidamente de tão rica diversidade cultural e social (BERTUSSI, 2009).

A atuação dos NASFs, de acordo com as instruções do Ministério da Saúde, deve ocorrer integrada à RAS, principalmente as ESFs, partindo das demandas identificadas em trabalho conjunto com as ESFs, “buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESFs” (BRASIL, 2009, p.219). Assim entende-se, desde já, ser primordial o conhecimento, por cada ESF e consequentemente do NASF, dos condicionantes que interferem no processo saúde-doença, o perfil epidemiológico da população atendida e a disponibilidade de recursos (SOUSA, OLIVEIRA & COSTA, 2015).

O PSICÓLOGO NO NASF

A amplitude do conceito de saúde propicia aos profissionais de psicologia que nela atuam uma infinidade de possibilidade de ações, tendo em vista, que são ações em saúde as que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 1). No entanto, documentos públicos norteiam a atuação em cada órgão específico, definem prioridades, objetivos, áreas estratégicas e sugerem ferramentas, assim com várias políticas públicas e, também, com o NASF.

Apesar de as equipes dos NASFs comporem uma estratégia de âmbito nacional que reconhece a diversidade epidemiológica nacional e os condicionantes sociais envoltos e privilegia práticas em território adstrito e o fortalecimento dos recursos comunitários deste, são regidas por diretrizes únicas em nível nacional, em qualquer região do país onde estiverem alocadas. Assim, é necessário ao profissional que adentra a uma equipe de NASF um esforço em se apropriar dos conhecimentos e regulamentos para atuação desta equipe em

nível coletivo e individual, também das políticas públicas vigentes na qual está envolvida e buscar a contextualização, a coerência e aplicabilidade destas nos territórios no qual irá, de fato, atuar, considerando todas as especificidades territoriais e as possibilidades de sua profissão. Vale aqui, salientar que não pretendemos negatizar questões técnicas, ou ainda, avaliá-las de qualquer modo, mas sim, de pensar a colocação deste profissional em meio a todo este contexto.

Segundo Brasil (2004), cabe ao psicólogo atuante na saúde pública expandir suas práticas, incluindo atividades referentes à promoção de saúde, considerando para seus objetivos dados sobre o funcionamento das instituições, realizando projetos conforme as demandas da população, participar de trocas mútuas de conhecimento com profissionais envolvidos na área. No âmbito de NASF, isso ocorre em equipe e, entre equipes, de maneira multiprofissional e interdisciplinar, envolto de corresponsabilização por casos e situações.

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 priorizando abordagens coletivas; apoiar a ESF na abordagem dos casos com demandas em saúde mental; negociar com a ESF os casos que necessitem de uma intervenção em clínica ampliada; evitar práticas de psiquiatrização e medicalização de situações comuns à vida cotidiana; utilizar-se da política de redução de danos em situações cabíveis; promover ações que visem à difusão de uma cultura de atenção antimanicomial, diminuindo o preconceito e a exclusão em relação à loucura; mobilizar recursos comunitários para construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; propiciar a articulação intersetorial e ampliar o vínculo com as famílias, assumindo-as como parceiras no cuidado e buscando constituir redes de apoio e integração (BRASIL, 2009).

O NASF ainda é considerado uma nova proposta e o trabalho dos profissionais envolvidos é pouco conhecido. O cenário de atuação se caracteriza por “uma série de incertezas e de variações, que englobam tanto aspectos das condições de trabalho como diferenças no modo de organizar os serviços” (GONÇALVES et al. 2015, p.60), de modo que o conteúdo do trabalho pode não ser, e nem deve, o mesmo de uma situação para outra, o que dificulta a tomada de referências para o trabalho.

OBJETIVO

Este artigo tem o objetivo de caracterizar práticas em Psicologia realizadas em unidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

METODOLOGIA

A metodologia empregada foi a revisão bibliográfica sistemática. Foram considerados para a caracterização da prática profissional em Psicologia no NASF artigos presentes nas bases de dados Scielo, BVS-PSI e BVS e, também, materiais disponíveis em sites oficiais do

governo federal, como Ministério da Saúde, e dos Conselhos Federal e Regional de Psicologia, que norteiam e regularizam as atuações nos contextos em questão. Os artigos que continham relatos de experiências profissionais no NASF e aqueles que analisavam a prática de profissionais de Psicologia no NASF foram considerados adequados para a inclusão no conjunto de dados analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados do Ministério da Saúde, atualizados em junho de 2016, apresentam um total de 4.326 equipes de NASF, sendo deste total 2.459 da modalidade NASF1, implantadas em nível nacional (BRASIL, 2016). Assim, podemos considerar que é relativamente baixa a quantidade de relatos encontrados em base de dados sobre práticas do psicólogo especificamente através desta equipe. Conteúdos sobre o NASF e o psicólogo inserido neste, até por volta de 2011, atribuem maior ênfase à análise de ferramentas utilizadas, análise da implantação e levantamento das possibilidades de atuação, mais sobre o que pode-se fazer, do que propriamente, o que é feito; apenas estudos mais recentes começam a tratar o tema com maior especificidade.

O Conselho Federal de Psicologia (2009) apontou que os psicólogos têm participado desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Atuam também na atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis.

Entre as práticas formalmente publicadas, destaca-se o matriciamento por psicólogos junto a ESFs através do NASF; a prática do apoio matricial é citada na maioria dos estudos que de alguma forma, expõem as atividades do núcleo (PERRELLA, 2015; LEITE, ANDRADE & BOSI, 2013; AZEVEDO & KIND, 2013; MOURA & LUZIO, 2014).

Figueiredo e Furlan (2010), explicam que o apoio matricial refere-se à oferta de um suporte técnico especializado (NASF) às equipes de referência (ESF), com o objetivo de aumentar a resolubilidade dos casos atendidos e buscando superar a lógica do encaminhamento sem a devida responsabilização, propiciando a apropriação dos casos e seus condicionantes pelas equipes, para então, traçar estratégias conjuntas que visem à integralidade do cuidado. Além da dimensão de suporte técnico-pedagógico, o apoio matricial também se configura na prestação de retaguarda assistencial mediante a ação clínica direta com os usuários (BRASIL, 2009).

O matriciamento em saúde mental aparece principalmente enquanto ferramenta de auxílio, para integrar a saúde mental à atenção primária, antes mesmo da consolidação do NASF, de modo especial em razão da proposta de desativação de serviços ambulatoriais de saúde mental para adequação as proposições da Lei Paulo Delgado (Lei nº10.216 de 2001), como foi o caso de Ribeirão das Neves-MG do qual falam Mourão (2009) e Rodrigues (2009) onde o matriciamento em saúde mental iniciou-se em novembro de 2005. Assim, o trabalho de saúde mental na ESF, por meio de matriciamento, começou antes da criação do NASF, com profissionais (psicólogos e psiquiatras) que assessoravam uma equipe mínima através de estudos de casos, interconsultas, supervisão continuada, orientação e capacitação no cuidado

e acolhimento dos casos de saúde mental (LANCETTI, 2003 apud MOREIRA & CASTRO, 2009). Segundo Chiaverini (2011) o apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos, tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

O trabalho em equipe interdisciplinar, organizado a partir da lógica do apoio matricial, possibilita a efetivação da clínica ampliada, possibilitando que seja reduzida a fragmentação do processo de trabalho, decorrente das mais diversas especializações envolvidas (FURTADO & CARVALHO, 2015). Além de interdisciplinares as ações do NASF englobam ações de “promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (BRASIL, 2009, p. 11).

O atendimento individual é relatado como prática dos psicólogos dos NASFs de dois municípios do estado do Rio Grande do Norte no artigo de Sousa, Oliveira e Costa (2015). Nos municípios em questão, a prioridade por atendimento exclusivamente ambulatorial ocorria por orientação direta da gestão municipal e coordenação dos serviços, também como apelo das próprias Equipes de Saúde da Família. Em outro estudo sobre a prática psi em um município também deste estado, Azevedo e Kind (2013) apresentam colocações de outros autores, mencionando a falta de adaptação da prática psicológica com as especificidades do contexto da saúde pública e aos fundamentos do sistema de saúde vigente, critica-se a precariedade de ações psi para criação de vínculos e de responsabilidades com a saúde da população.

Brasil (2009) já trazia como um desafio à implantação de uma equipe de NASF junto a municípios onde ocorra a falta de serviços especializados, sendo arriscado que nestes pudessem vir a ocorrer um desvio do papel dos profissionais do NASF e a incorporação dessa responsabilidade por esses profissionais. Nestes cenários a diretriz (BRASIL, 2009) coloca a necessidade de se considerar além da disponibilidade de profissionais, a possibilidade tecnológica de fazer certas ações com segurança neste âmbito de atenção e a existência de retaguarda de outros serviços quando necessário.

Perrella (2015) ao redigir um artigo compartilhando e analisando sua própria experiência profissional junto a um NASF sito ao interior da Bahia, discute a dificuldade inicial na organização do trabalho, tendo se deparado com certa pressão diante dos interesses da maioria dos profissionais da atenção básica pelo estabelecimento de uma agenda para atendimento individual aos usuários. Perrella (2015) contextualiza tal situação com a carência do profissional de psicologia em atuação integral no NASF em questão, havendo certa demanda reprimida, e associa tal posicionamento das equipes à prática do cuidado na atenção básica, estando esta ainda pautada em formas hegemônicas e tradicionais havendo prevalência, do que a autora chamou, de consultismo.

Como já dito, o NASF é um contexto de trabalho recente, assim, muitas resistências ainda são encontradas e fazem-se necessárias reflexões e a superação de uma concepção pautada no tratamento individual voltado à cura dos sintomas, tanto por seus profissionais, como também, e principalmente, dos profissionais das ESF. São necessárias iniciativas que visem ressignificação dos processos de trabalho, um espaço de escuta e reflexão para compreender melhor decepções e insatisfações, além de auxiliar as equipes no entendimento das diretrizes

e metodologia do NASF, buscando, desta forma, propiciar a instauração do diálogo e do trabalho conjunto (PERRELLA, 2015).

O atendimento individual não é proibido pela portaria e diretrizes, pelo contrário, o caderno de atenção básica 39, sobre o NASF (BRASIL, 2014), prevê este tipo de atuação, no entanto, orienta e alerta em vários pontos a necessidade de regulação e pactuação entre profissional do NASF e Atenção Primária em quais situações clínicas podem ocorrer atendimentos individuais aos usuários: geralmente, este ocorre atrelado a um projeto terapêutico produzido previamente pelas equipes conjuntamente. É válido ressaltar que a metodologia de trabalho estipulada para o NASF prioriza a realização de intervenções interdisciplinares.

O fato de a Portaria nº154/2008 citar entre as atribuições profissionais do NASF a de: realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional abriu margem para alguns municípios interpretarem o NASF como uma possibilidade para se implantar uma espécie de centro de especialidades, com atuação de cunho ambulatorial (MOURA & LUZIO, 2014). O caderno de diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) contribuiu para diminuir um pouco as dúvidas a respeito dos atendimentos individuais; elas retomam a necessidade de discussão e negociação a priori entre as equipes e profissionais envolvidos e esclarece: “de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias” (p.20).

Quando se diz sobre a formulação de um projeto terapêutico, é importante entender que trata-se de uma estratégia de trabalho, assim como o apoio matricial, utilizado pelo NASF conjuntamente a ESF, direcionado à integralidade do cuidado, esse focando especialmente a singularidade do caso. Através do projeto terapêutico singular (PTS) os profissionais unidos tencionam traçar propostas terapêuticas articuladas para a atenção a um sujeito individual ou coletivo “levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito” (CAMPOS & GAMA, 2010, p.226). Assim, o PTS é produto da discussão dos profissionais e do compartilhamento com o usuário, onde as condutas terapêuticas e as metas são negociadas.

Práticas executadas no sul do Ceará, relatadas por Leite, Andrade e Bosi (2013), apresentam, além do apoio matricial, a ocorrência de visita domiciliar, grupos preventivos e trabalho de humanização com a equipe de referência. Os autores especificam a ocorrência de grupos com adolescentes abordando temas como drogas, gravidez e sexualidade, e também, grupos psicoeducativos com adultos que faziam inadequadamente uso de psicofármacos, por meio da automedicação.

Para Campos e Gama (2010), as práticas grupais constituem um importante recurso no atendimento aos usuários da Atenção Básica, sendo possível identificar várias modalidades: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a patologias (hipertensão, obesidade, diabetes, etc.), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato, etc.), grupos de medicação, grupos terapêuticos, etc. Para os autores o trabalho grupal deve ser pensado de modo a fazer sentido e enriquecer aos participantes, propiciando a “socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos. O pertencimento a um grupo favorece a saúde mental do sujeito” (CAMPOS & GAMA, 2010, p.230).

Concernente aos projetos desenvolvidos nas unidades de saúde, Perrella (2015) nos traz a necessidade da participação e envolvimento de todos os atores no processo: profissionais, equipes, gestores, usuários, famílias e comunidade. E dos artigos acessados é uma das poucas autoras que preza, com ênfase, pela participação popular (usuários, famílias, comunidade) nas ações a estes direcionadas. Para Perrella (2015), os usuários devem envolver-se nos sistemas de decisões, não apenas participando de grupos propostos, mas opinando, construindo-os, para que estes constituam-se enquanto disparadores de modos singulares de existência, promotores de sentidos, geradores de protagonismos, ações potencializadoras da vida. A autora apresenta a necessidade de práticas condizentes com a realidade local, com as necessidades locais (expostas também por quem as vivencia), para que as mesmas não venham a atuar como meros mecanismos disciplinares e de controle, enfraquecendo os sujeitos, assujeitando-os, privando-os de uma autonomia benéfica ao seu bem estar.

Sundfeld (2010) expõe que “o desejo de definir o homem, negando a transitoriedade que o atravessa, reflete um movimento de dominação tendente a minimizar a diferenciação produtiva que pulsa nos processos de subjetivação” (p.1092) de maneira condizente com os pensamentos de Perrella (2015), Sundfeld (2010) preza por uma saúde associada à autonomia e criatividade dos sujeitos, fortalecendo a cidadania e a multiplicidade de modos de vida.

A experiência de Moura e Luzio (2014) em um NASF no interior do Paraná apresenta algumas atividades realizadas por esta equipe, que especifica a participação de uma psicóloga na equipe mas não especifica a prática desta. Como em alguns outros casos já apresentados, neste NASF também ocorre a prática de apoio matricial com participação nas reuniões das ESFs, a discussão de casos e situações relacionadas aos usuários e familiares, com compartilhamento da clínica e realização de Projeto Terapêutico Singular. Além do apoio matricial, as autoras evidenciam a prática do apoio institucional pelo NASF, este ocorrendo por meio da discussão dos processos de trabalho e da organização de serviços de saúde; são citados também o auxílio à gestão na elaboração dos Planos Anuais de Saúde, a organização de reuniões e mobilização de participantes.

Com relação ao trabalho com grupos, ocorre naquela região grupos de promoção de saúde desenvolvidos e coordenados por cada ESF, com participação de integrantes do NASF. São grupos de: hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, idosos, cuidadores, pessoas em sofrimento psíquico, obesidade e grupo equilíbrio (saúde do trabalhador com os próprios profissionais de saúde). Desses grupos alguns já existiam antes da implantação do NASF, alguns foram recuperados pela nova equipe e outros propostos por ela. Também são relatadas ações programáticas com base no calendário de saúde estabelecido pela Secretaria da Saúde, nas quais o NASF também se envolve na organização e participação das atividades, por exemplo: semana de combate ao câncer do colo do útero, semana de saúde dos homens, na semana de saúde na escola, dentre outras.

Azevedo e Kind (2013) também relatam a ocorrência de grupos, nos quais os conduzidos por psicólogos têm por intenção “abrir um espaço para que os usuários falem de si, de suas vidas e de sua doença, sempre valorizando o saber da população, a fim de se pensar nessas questões e de tentar construir algo conjuntamente” (KIND e AZEVEDO, 2013, p.530). São alguns exemplos de grupos conduzidos por psicólogos em parceria com outros profissionais: grupos de qualidade de vida, de estresse, de nutrição, de dança e de postura. Diferentemente dos exemplos anteriores, em Belo Horizonte, segundo os autores, as equipes de NASFs em

questão, implantadas em 2008, tem por objetivo fornecer suporte às ESFs no que diz respeito às ações de reabilitação. Foi apontada a existência de 44 equipes NASF, das quais apenas 9 possuem profissionais da Psicologia, sendo as frentes de trabalho de todos os profissionais dessas equipes o atendimento individual, o trabalho coletivo com grupos e as visitas domiciliares.

As visitas domiciliares compartilhadas destinam-se aos pacientes que estão impossibilitados de ir à unidade de saúde e ao apoio aos cuidadores e familiares, onde se propõem a escuta desses sujeitos, para melhor compreensão de como vivenciam suas questões cotidianas. As visitas domiciliares apresentadas por Sundfeld (2010) possibilitavam trocas e problematizações, a exemplo, a demanda por medicalização, nas quais eram buscadas alternativas objetivando promover um olhar crítico sobre o uso do medicamento e a corresponsabilização pelo cuidado; em alguns casos, as discussões repercutiam na produção de novos modos de relação entre os familiares e, em outros, a sensibilidade e a convivência tornavam-se possíveis.

O atendimento psicológico individual, no caso citado de Belo Horizonte (AZEVEDO & KIND, 2013) se realiza em meio às negociações prévias da equipe e é destinado aos pacientes já atendidos por outros especialistas. Segundo as entrevistadas pelas autoras, os atendimentos não se configuram enquanto psicoterapia, alguns ocorrem em formato de aconselhamento psicológico e, quando observada a necessidade de acompanhamento prolongado e frequente, ou se trata de uma situação mais específica de saúde mental, são encaminhados a outros dispositivos, no caso, a equipe de Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde ou o Centro de Referência em Saúde Mental.

Como estão sendo, neste momento, destacados alguns dispositivos de saúde mais específicos à saúde mental, se é que assim podemos dizer, cabe destacar, aqui, o conceito ampliado de saúde, no qual reconheceu-se toda uma rede de condicionantes sociais onde estão imersos os processos de saúde e doença. De forma que, logo, não apenas ações dos dispositivos da saúde propriamente dita podem influenciar na saúde proposta por este novo conceito, mas também, toda a rede de atenção sócio-assistencial vem a colaborar com a integralidade do cuidado, e nesse contexto faz-se necessária a articulação da Atenção Básica também com esta.

Ferro et al. (2014) e Cela e Oliveira (2015) reconhecem as potencialidades da prática intersetorial, no entanto, relatam pouca utilização e dificuldades nesta articulação, entre elas: a falta de interesse e cooperação de alguns dispositivos, a valorização da especialização dos saberes, o excesso de demanda de trabalho, a restrição da comunicação entre os equipamentos sociais, dificuldades de profissionais e equipes em compreender a dimensão desta interação e deficiências na constituição de uma rede atenção completa e qualificada.

Assim, a Intersetorialidade ultrapassa a visão de uma simples rede de encaminhamentos, podendo beneficentemente atuar na construção do Projeto Terapêutico Singular, no diagnóstico da situação das comunidades atendidas (CELA & OLIVEIRA, 2015) e nas ações conjuntas ou de objetivos similares. Pensemos ainda que, um mesmo indivíduo pode ser atendido por diferentes instituições concomitantemente, de modo que, um trabalho articulado pode adequar ações e eliminar duplicidades.

De acordo com CELA e OLIVEIRA (2015), a Intersetorialidade no trabalho dos profissionais do NASF tem sido praticada por meio de encaminhamentos e solicitação de pareceres, no entanto, alguns profissionais conseguem vislumbrar a articulação para além destas possibilidades, e utilizam-se da intersectorialidade de forma ainda mais condizente com os propósitos da equipe de apoio.

Ferro et.al. (2014) em sua pesquisa junto a uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba sugere destaque à categoria profissional do psicólogo, por manter interação intersectorial e interdisciplinar com os profissionais do CAPS regularmente, no entanto, lamenta que as ações e trocas sejam restritas somente a alguns profissionais. Nas entrevistas realizadas com sete psicólogos atuantes em NASFs do Rio Grande do Norte, por Cela & Oliveira (2015), apenas um dos profissionais tem uma visão clara e utiliza-se com maestria da intersectorialidade, este informa participar de discussões e acompanhamento conjunto de casos com profissionais de outros dispositivos da rede, como trabalhadores do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência especializado em Assistência Social (CREAS) e Conselhos Tutelares.

Diante de todas as práticas citadas, ousamos inferir que ainda existam muitas outras, pode ser que nem todas se encaixem ao pré-estipulado, todavia, como desenvolve Cecílio (2011), a partir de um pensamento do filósofo Friedrich Nietzsche sobre a incapacidade dos processos avaliativos em saúde em considerar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado: “Há um lado não facilmente acessável da “árvore-trabalhador”, que produz maçãs ou rosas ou peras e que, para o usuário real, pode ser exatamente o que ele precisa naquele momento” (CECILIO, 2011, p. 597).

A atuação interdisciplinar do psicólogo junto ao NASF e às equipes de saúde da família nos demonstra uma valiosa conexão da saúde mental às ações da saúde em geral, com desenvolvimento conjunto de estratégias de promoção e cuidados à saúde. No entanto, este modo de atuação é um desafio que requer uma abertura para a desconstrução das formas tradicionais de pensar a saúde e sua produção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do momento em que a saúde foi consagrada um direito constitucional e entendida enquanto um fenômeno de múltiplas determinações, múltiplas também foram as transformações dos serviços de saúde buscando pela preconizada integralidade no cuidado.

A Psicologia e a saúde pública têm se aproximado nos últimos anos e no decorrer desta aproximação a Psicologia vem conquistando seu espaço e assumindo compromissos com a realidade brasileira. A criação dos NASF e a inclusão do psicólogo entre as categorias profissionais a compor esta equipe, introduziu a categoria oficialmente nas equipes de Saúde da Família e ampliou o escopo de ações possíveis ao psicólogo na Atenção Primária.

Percebe-se que a atuação do psicólogo no NASF aponta para um conjunto diversificado de ações, as quais se adaptam aos diferentes territórios e diversas demandas nas quais se estendem. São encontradas certas dificuldades técnicas, diante da requisição pelo contexto de atuação em ações dinâmicas, contextuais e coletivas, que diferem da formação tradicional,

preconizada por algumas instituições de ensino e também por falhas sistêmicas e estruturais que precedem e transcendem a implantação dos núcleos.

Muitos são os fatores que podem influenciar as ações do NASF e, conseqüentemente o trabalho dos profissionais que o compõem: as diferentes realidades dos municípios; as características socioculturais específicas, o número e as categorias profissionais que as compõem; o número de ESFs de referência para cada equipe NASF; as características de cada uma destas equipes; a rede de atenção secundária e terciária, os demais dispositivos de atenção ou assistência disponíveis, os recursos comunitários, etc. Tal diversidade não nos permite comparativos; ações e enfoques são preconizados pelas diferentes equipes.

Percebe-se que a prática do apoio matricial é comum em quase todas as equipes, a visita domiciliar compartilhada também ocorre, embora relatada com menor frequência. O trabalho com grupos específicos é visto como a principal prática voltada para a prevenção e promoção em saúde; a prática da clínica tradicional ou até mesmo contextualizada também se faz presente. Por fim, com o amadurecimento da proposta do NASF, mais estudos foram sendo gerados, mais documentos, mais práticas e aparentemente um melhor entendimento, acreditamos que muito ainda não foi publicado, ou quem sabe, não caibam nas linhas tênues dos artigos científicos. Embora a maioria dos artigos não consiga exprimir a magnitude de muitas intervenções, a Psicologia tem se aperfeiçoado e tem muito a acrescentar junto à Atenção Básica por meio do NASF. Ainda assim, acreditamos que o compartilhamento de experiências pode conduzir à reflexão de profissionais já atuantes, como também aos que pretendem atuar nesse campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BERTUSSI, D. Matriciamento no cuidado e na gestão em João Pessoa. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *NASF – núcleo de apoio à saúde de família*. São Paulo: CRP06/SP, 2009. Acesso em: 17/07/16. Disponível em: <http://www.crp06.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/7/frames/caderno_07_nasf_nucleo_de_apoio.pdf>

BRASIL, A.M.R.C. Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. *Integração*, n. 37, p.181-186, 2004.

BRASIL, Histórico da cobertura da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Acesso em: 06/08/16. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Acesso em: 10/08/16. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos, *Constituição da república federativa do Brasil de 1988*. Acesso em: 10/08/16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acesso em: 12/08/16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.

BRASIL. *Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Acesso em 07/07/16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

BRASIL. Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Acesso em: 16/07/16. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. Acesso em: 30/07/16. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf.

BRASIL. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Acesso em: 16/07/16. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.

BRASIL. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Acesso em: 17/07/16. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Acesso em: 16/07/16. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 06/09/16. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

CAMPOS, O.R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 221-246. Acesso em: 12/08/16. Disponível em:

<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_práticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CELA, M., OLIVEIRA, I.F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*. v.20, n.1, p.31-39. 2015.

CHIAVERINI, D. H. (org) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília: 2011. 236 p. Acesso em: 17/07/16. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família* Brasília: CFP, 2009. 172 p. Acesso em: 16/07/16. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminario_O_Nucleo_de_Apoio-beta.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores*. Brasília: CFP, 2013. 2ª ed. Acesso em: 16/07/16. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/cd-saude_mental/publica%C3%A7%C3%B5es/CREPOP/SUS_GESTORES.pdf.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (org.) **Exposição 50 anos da psicologia no Brasil: A História da psicologia no Brasil/ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região**. São Paulo: CRP/SP, 2011. Acesso em: 11/08/16. Disponível em: <<http://www.crpsp.org/fotos/pdf-2015-10-06-12-34-36.pdf>>.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (org.). *NASF – núcleo de apoio à saúde de família / Conselho Regional de Psicologia 6ª Região de São Paulo – São Paulo: CRP/SP, 2009, Acesso em: 07/08/16. Disponível: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/7/frames/caderno_07_nasf_nucleo_de_apoio.pdf>.*

DIMENSTEIN, M.D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, v.3, n.1, p.53-81, 1998.

FERRO, L.F.; SILVA, E.C.; ZIMMERMANN, A.B.; CASTANHARO, R.C.T.; OLIVEIRA, F.R.L. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, v.38, n.2, p.129-138, 2014.

FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN, P.G. O Subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.) *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 154-178, 2010.

FURTADO, M.E.M.F., CARVALHO, L.B. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. *Revista. Psicologia e Saúde*, v.7, n.1, p.9-17, 2015.

GONÇALVES, R.M.A.; LANCMAN, S. SZNELWAR, L.I.; CORDONE, N.G.; BARROS, J.O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.40, n.131, p.59-74, 2015.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A.B; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.23, n.4, p.1167-1187, 2013.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

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 (Online)*, São Paulo, v.2, n.2, p. 51-64, 2009.

MOURA, R.H., LUZIO, C.A., O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.18, n.1, 2014.

MOURÃO, H. In CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília: CFP, 2009. p.43-47. Acesso em: 10/08/16. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf>.

NUNAN, B.A. *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: CFP, 2009. 172 p. Acesso em: 17/07/16. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf>.

PERRELLA, A.C. A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 8, n. 2, p. 443-452, 2015.

PIRES, A.C.T.; BRAGA, T.M.S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, v.17, n.1, p.151-162, 2009.

POUBEL, P.F. Psicologia na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v.4, n.2, p.193-200, 2014.

RODRIGUES, M. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. / Conselho Federal de Psicologia – Brasília: CFP, 2009. p.43-47. Acesso em: 10/08/16. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf.

RUMIN, C.R. Notas para a história da Psicologia da Saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v.4, n.1, p.30-45, 2013.

SOUSA, D.; OLIVEIRA, I.F.; COSTA, A.L.F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP*, v.26. n.3. p.474-483. 2015.

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis*. v.20, n.4, p.1079-1097, 2010.

VASCONCELOS, C. M., PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, G. W. S. et.al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.