

ENTRE O POTENCIAL E O PRECÁRIO: A INSERÇÃO IN(TENSA) DE PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA



Willian Tito Maia Santos

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Brasil

Belinda Piltcher Haber Mandelbaum

Universidade de São Paulo – USP – Brasil



Resumo

Buscamos neste estudo compreender as práticas e o trabalho interdisciplinar de profissionais da Psicologia atuantes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Feira de Santana/Bahia. Utilizamos a hermenêutica como método na interação com os pesquisados e na análise das informações adquiridas em campo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis psicólogas e acompanhamento etnográfico com duas destas profissionais. Estas trabalhadoras enfrentavam diversas formas de precarização do trabalho: vínculo informal e sem garantia de direitos trabalhistas, dificuldades estruturais e de condições de trabalho. Suas ações eram prioritariamente clínico-assistenciais, com poucas intervenções técnico-pedagógicas com as equipes de saúde. Apesar da liberdade de ação e do potencial de suas intervenções, suas práticas reproduziam uma lógica ambulatorial clínica tradicional, com poucas inovações e com reduzida articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

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

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e sua especificidade nas Redes de Atenção à Saúde

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), aumentando sua abrangência, o escopo de suas ações, além de ampliar sua resolutividade (BRASIL, 2008; 2014). Pensado para contribuir com o alcance da integralidade na atenção à saúde, o NASF se pauta fortemente na atuação interdisciplinar de seus profissionais junto aos outros trabalhadores da Atenção Primária à Saúde¹ (APS). Dessa forma, este dispositivo pretende se constituir como um elemento estratégico para a melhoria da qualidade da APS

¹ O governo brasileiro optou em denominar esse nível de atenção à saúde de Atenção Básica (AB). Algumas reflexões (MENDES, 2010) entendem que “básica” pode remeter a “simples” e “banal” e passar uma imagem negativa à AB. Em que pesem os dissensos e a oscilação terminológica existente na literatura e nos governos mundo afora, entendemos que a expressão Atenção Primária à Saúde (APS) originária da expressão da língua inglesa “Primary Health Care”, cunhada na Conferência de Alma-Ata no ano de 1979 é uma expressão que contempla uma série de elementos (proposta da universalidade, da participação social, além de sua proposta comunitária) que julgamos ser mais apropriados para este nível de atenção à saúde.

como um todo e mais especificamente da ESF, através de um compartilhamento de saberes entre os profissionais, ampliando a resolutividade clínica das equipes (BRASIL, 2014).

Segundo a atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, BRASIL, 2011), os NASF fazem parte da APS, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. As atividades do NASF podem ser desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), academias da saúde ou em outros pontos ou dispositivos no território. As intervenções devem buscar ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de APS para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de suas limitações e problemáticas.

A lógica de atuação dos NASF se respalda na responsabilização compartilhada entre a equipe NASF e as equipes de saúde atuantes na APS, prevendo a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade da APS, fortalecendo o princípio desta como coordenadora do cuidado nas RAS.

Os NASF poderão ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e especialidades, que deverão atuar de forma integrada, apoiando e matriciando os profissionais das equipes de saúde, dentre outros profissionais e dispositivos da APS, compartilhando suas práticas e seus saberes em saúde.

O conceito de *apoio*, central na proposta deste dispositivo de saúde, está orientado fundamentalmente pelo referencial teórico-metodológico do *apoio matricial* ou matriciamento. Esse referencial foi formulado em grande parte por Campos (1999; 2003), que propõe uma série de arranjos e dispositivos para estimular a democratização da gestão, a interdisciplinaridade, a ampliação da clínica e também a confecção de Projetos Terapêuticos Singulares.

Os significados subjacentes ao conceito do apoio matricial pressupõem um relacionamento horizontal entre as equipes de saúde mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ultrapassando a hierarquia baseada na autoridade e focando em procedimentos dialógicos (CAMPOS, 2001), indicando nas suas formulações a existência de *equipes de referência* e *equipes de apoio*.

Equipes de referência podem ser entendidas a partir da relação profissional com a clientela e a possibilidade real da construção e aumento do vínculo com o usuário, onde a relação terapêutica se dá de forma longitudinal e onde há um acompanhamento próximo do

processo saúde-doença-atenção de cada usuário, família ou comunidade (CAMPOS, 1999). Já a *equipe de apoio* se baseia na noção de apoio matricial: uma retaguarda especializada para equipes de referência, se relacionando em suas formulações com os conceitos de *campo* e *núcleo* na perspectiva da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000). No *núcleo* se aglutinam conhecimentos e práticas que delineiam uma identidade profissional com suas formas específicas de cuidado à saúde. Já o *campo* pode ser entendido como o espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática e onde todos profissionais atuam ou deveriam atuar, ultrapassando os limites de sua formação. Aqui reside a base do apoio matricial: o núcleo especializado dá suporte ao campo interdisciplinar das equipes de referência.

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

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

O NASF e os desafios do *Campo* da Saúde Mental na APS

Pensando no campo específico da Saúde Mental, a inserção de profissionais da Psicologia e de outros trabalhadores da saúde no NASF foi pensada como forma de avançar e aprofundar não apenas a Reforma Sanitária, mas, principalmente, a Reforma Psiquiátrica no Brasil (DIMENSTEIN, 2009), dada a extensa capilaridade das ESF nos territórios, sua maior proximidade com as famílias e usuários e pela longitudinalidade do cuidado. Desta forma, o NASF tem sido uma das grandes apostas do Ministério da Saúde para o aumento tanto quali como quantitativo das ações em Saúde Mental no SUS.

Com a estruturação paulatina e sistemática a partir dos anos 2000 de uma política pública de Saúde Mental em todo o Brasil, principalmente através da capilarização dos CAPS e de outros dispositivos, começa-se uma avaliação paulatina sobre os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Vê-se, neste processo, a necessidade do

estabelecimento de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para o aprofundamento da RPB, onde as ações pudessem se expandir para outros níveis de densidade tecnológica do SUS e pudessem se interconectar com outros saberes, práticas e categorias profissionais. Vislumbrou-se, assim, na APS um campo com grandes demandas de ações em Saúde Mental, onde a RPB deveria se aprofundar e ampliar suas ações.

Neste processo, a Psicologia vai se inserindo cada vez mais nos dispositivos da RPB, passando por intensos questionamentos e rupturas paradigmáticas em sua atuação. Pesquisas realizadas nos últimos anos (CAMBUY, AMATUZZI, 2012; ARCANJO; SCHRAIBER, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013) mostram que as ações dos profissionais da Psicologia na APS e mais especificamente nos NASF envolvem ao mesmo tempo a reprodução do modelo biomédico e clínico, mas também a utilização de experiências inovadoras desenvolvidas no campo da Saúde Coletiva tais como: a utilização do projeto terapêutico singular (PTS), atividades de articulação das RAPS, atuação a partir da concepção de uma clínica ampliada, entre outras (CREPOP, 2010).

Todavia, a massificação da entrada de profissionais da Psicologia na APS via NASF tem aproximado a profissão de uma realidade ainda distante do que é discutido e vivenciado em muitos cursos de graduação em Psicologia no Brasil (GUARESCHI, 2010). Trabalhando na sua maioria com uma população de baixa renda e lidando com uma série de vulnerabilidades (sociais, políticas, econômicas, familiares, etc.), os profissionais da Psicologia se sentem confusos neste espaço: atuam muitas vezes a partir do modelo biomédico (que desconsidera o humano, sua subjetividade e história e só foca na patologia ou, no caso da Psicologia, na psicopatologia), na tentativa não reflexiva do enquadramento dos usuários em uma concepção limitada sobre a “Saúde Mental” (hegemônica e reprodutora das desigualdades); em outros momentos, atuam em uma perspectiva de emancipação da cidadania, configurando ações que implicam possibilidades de luta e de protagonismo para os indivíduos (DIMENSTEIN, 2011).

Muitos profissionais se sentem frustrados e ressentidos por não conseguirem atuar em um espaço no qual as teorias e técnicas da Psicologia não dão conta das demandas da população e inexistente a sensação de estabilidade e segurança. A população e os outros trabalhadores da saúde não sabem o que esperar da Psicologia além de uma atuação clínica e individual (CREPOP, 2010). Além disso, a realidade social na qual atuam é por vezes tão brutal que estes profissionais se percebem como meros espectadores frente ao imenso sofrimento gerado pelas mais diversas formas de exclusão (pobreza, desemprego, criminalidade, violência, tráfico e uso abusivo de drogas, entre outros aspectos), existindo o

questionamento sobre se suas atuações podem de fato contribuir para a mudança da realidade da população (DIMENSTEIN, 2011).

Considerando os intensos desafios da expansão da RAPS a partir da atuação do NASF na APS, objetivamos compreender as práticas e o trabalho interdisciplinar de profissionais da Psicologia atuantes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de um município do interior do nordeste do Brasil, na tentativa de entender também as formas pelas quais as ações desenvolvidas nos NASF se articulam ou não com a RAPS do município em questão.

Procedimentos Metodológicos

Para alcançarmos o objetivo supracitado, desenvolvemos um estudo a partir de uma abordagem qualitativa, na medida em que buscou compreender e descrever os significados envolvidos na inserção de profissionais da Psicologia em Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Feira de Santana/ Bahia, município grande de nível médio metropolitano, com população de aproximadamente 620.000 habitantes (IBGE, 2015). Para produção das informações em campo foram realizadas principalmente entrevistas semiestruturadas e etnografia, além de conversas informais com gestores e trabalhadores do NASF.

As entrevistas se basearam em um roteiro pré-definido e flexível, composto por questões que abordavam: informações sócias demográficas; o processo de inclusão das profissionais no NASF; as atividades desenvolvidas; as relações com outras categorias profissionais; os subsídios dados pela graduação para a atuação nos NASF, entre outros aspectos. As entrevistas foram realizadas em dia e local previamente agendados e escolhidos pelas participantes da pesquisa. Foram realizadas ao todo 06 entrevistas semiestruturadas com 06 psicólogas atuantes nos NASF (denominadas aqui de P1 a P6). O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 50 minutos.

A etnografia foi realizada com duas destas psicólogas entrevistadas (durante 04 meses com cada uma delas), como forma de estar no campo da forma mais densa possível, na tentativa de complementar e captar outros elementos além daqueles vivenciados nas entrevistas. Enquanto estratégia, a etnografia é rica para o estudo dos processos e interações sociais, das práticas e das representações, possibilitando, por suas características, acessar a complexidade e a singularidade de um dado fenômeno, grupo ou cultura (SATO; SOUZA, 2001, p.30).

Geertz (1989) esclarece que praticar a etnografia não é “apenas” estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, manter um diário e daí por diante. Tudo isso são

técnicas e processos importantes e implicados na etnografia. Todavia, mais do que um método, a prática etnográfica é um procedimento: “O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’” (p. 04). O esforço se dá no sentido de decifrar os complexos planos da realidade, com o objetivo de fazer essa descrição densa da cultura, sendo a mesma composta por uma complexa teia de significados.

A etnografia tem como principal preocupação os significados que têm as ações e os eventos para as pessoas ou grupos estudados. A tarefa do etnógrafo consiste na aproximação gradativa com o campo e com o significado, ou com a compreensão dos participantes. Da posição de *outsider*, o etnógrafo se aproxima cada vez mais das formas de compreensão da realidade do indivíduo/grupo estudado, partilhando e trocando com este os significados compreendidos.

A hermenêutica foi a perspectiva assumida para subsidiar a postura em campo e na interpretação das informações daí advindas. Gadamer (2003) entende a hermenêutica como uma atitude que vai além da compreensão de textos e obras, fundando na linguagem a compreensão das próprias realidades humanas. A hermenêutica não é definida por ele como uma metodologia em si, mas como uma atitude filosófica que sustenta os processos cognitivos humanos.

Uma das formas fundamentais desta atitude se dá através do diálogo, quando os parceiros buscam conhecer, compreender, determinado assunto. Todavia, para que este diálogo se constitua como uma postura compreensiva entre os parceiros, não deverá haver controle, por nenhuma das partes, sobre o diálogo. “O processo de compreensão dialógico assim estabelecido permitiria a formação de uma linguagem comum, mediada pelas regras linguísticas compartilhadas e construídas a partir de sentidos compartilhados” (MANDELBAUM, 2012, p. 230).

A compreensão, para Gadamer (2003), pode ser entendida como a interpretação do conhecimento, sobre o outro ou sobre um texto, a partir da tentativa de imersão na alteridade. A compreensão não busca uma suposta “verdade” sobre esse outro, mas significa encarar nossas expectativas de sentido sobre ele, na tentativa de uma comunhão. Assumir uma postura hermenêutica na pesquisa implica colocar-se frente àquele que se quer conhecer, estabelecendo uma relação de parceria, na qual não há controle ou relação hierárquica de poder entre as partes, na situação dialógica. É uma postura que implica uma tentativa permanente de igualdade no ato da pesquisa, em que o pesquisador se expõe ao outro, a um

desconhecido, numa aventura que traz outros pontos de vista sobre o processo/fenômeno que se busca compreender.

Resultados e Discussão

A APS municipal contava à época com 90 equipes de Saúde da Família (distribuídas entre a zona urbana e rural), atuando em 84 Unidades de Saúde da Família/USF. Além dessas unidades existiam 15 unidades básicas de saúde, 37 Equipes de Saúde Bucal e 31 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde/EACS. Com esta composição, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) alegava que a APS do município tinha uma cobertura de atendimento para 61,34% da população.

O NASF inicia suas ações no município em abril de 2009, inicialmente com 8 equipes. No ano de 2014 passa a contar com 17 equipes compostas, desde o seu surgimento, por 7 categorias profissionais: terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais e fisioterapeutas. Até agosto de 2013, as equipes NASF apoiavam até 13 equipes de Saúde da Família (eSF) no município, variando entre 9 e 13 eSF apoiadas. A partir de setembro de 2013 convencionou-se pela SMS que toda equipe NASF apoiaria apenas 5 eSF.

As 6 psicólogas participantes deste estudo eram jovens (entre 26 e 34 anos de idade, onde apenas uma tinha 42 anos de idade) com pouca ou nenhuma experiência profissional antes de se inserirem no NASF. A maior parte delas tinha terminado o curso entre 2 a 5 anos antes da entrada no NASF e entendiam que os maiores subsídios para suas atuações no NASF foram obtidos a partir de algumas vivências práticas na graduação e, principalmente, através de cursos e formações realizados após a graduação e através da experiência adquirida pela inserção em outras políticas públicas (como a Assistência Social e em políticas educacionais). Esses dados corroboram dados de outras pesquisas sobre profissionais da Psicologia que adentram nas políticas públicas em geral e também no SUS: profissionais recém-formados, com pouca ou nenhuma experiência e muitas vezes sem pós-graduação (SPINK, 2007; CREPOP, 2010; DIMENSTEIN, 2011; FERREIRA NETO, 2011).

Todas as 6 psicólogas entrevistadas se inseriram no NASF por indicação política e estavam vinculadas a uma cooperativa de serviços de saúde contratada pela SMS. Em Feira de Santana (como na maioria dos municípios baianos) não existe concurso público para a contratação de psicólogos e a cooperativa em questão, pela própria configuração jurídica

desse tipo de organização social, não assinava formalmente a carteira de trabalho dos trabalhadores do NASF. Isto implicava em uma enorme precarização do trabalho, pela qual as profissionais não tinham férias, décimo terceiro salário, FGTS ou qualquer outro direito garantido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Na prática, esse tipo de vinculação era meramente burocrática e não contemplava as formas democráticas e participativas que pressupõem a existência de uma cooperativa.

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

Decorrente desse vínculo precarizado pôde-se perceber uma série de condições de estresse a que estavam submetidas estas profissionais. Em geral, as falas indicavam a iminência do término do contrato de trabalho como principal fonte de tensão, com a sensação generalizada de impotência em relação a este fato.

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

Além disso, a vinculação informal e precária com a SMS acabava acarretando nelas uma série de impactos físicos e psíquicos que interferiam na realização de suas atividades. Foram relatados inúmeros processos de somatização (dores de cabeça, vômitos, febres, etc.) relacionados ao exercício profissional. Soma-se a isso a sensação de que o esforço e a dedicação no NASF não garantiam necessariamente a permanência em sua posição.

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

“[...] é o que acontece na Saúde. A Secretaria acaba sempre pegando profissional recém-formado e inexperiente, e doutrina, vamos dizer assim, ele sai. Por conta da precarização. Não segura o profissional, né? Não segura o profissional, igual a do Estado, não segura!” (P1)

Além dessa precarização no vínculo, as psicólogas tinham ainda diversas dificuldades na realização de seu trabalho, tais como: dificuldade de transporte (que nem sempre está disponível para o deslocamento até as diversas unidades), falta de material para a realização de uma série de atividades, falta de estrutura física, entre outros aspectos.

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

Soma-se a isso a deficiência no estabelecimento de uma educação permanente em saúde estruturada e consistente a ser ofertada aos profissionais do NASF. Muitas psicólogas disseram que, devido a esta deficiência, buscavam informações com seus colegas de trabalho, a partir da internet, ou mesmo buscavam se capacitar fora do serviço (com pós-graduações, cursos, formações e correlatos).

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

Apesar de capacitações serem ofertadas na entrada das novas equipes NASF e em alguns momentos pontuais, a secretaria de saúde não tinha desenvolvido um plano estruturado e um cronograma de educação permanente para ser desenvolvido neste âmbito, sendo que as capacitações eram realizadas a partir da demanda espontânea dos profissionais no decorrer do processo cotidiano de trabalho.

No tocante à prática profissional, as psicólogas lidavam com realidades as mais diversas em termos do perfil epidemiológico, das características da população e da constituição profissional das eSF. Esse fato fazia com que essas profissionais não definissem *a priori* as ações a serem realizadas, tendo que considerar as especificidades de cada local em cada momento.

“Então é muito desafiador, porque você sabe que cada realidade tem de ser adaptada. Então não adianta, por exemplo, às vezes o que dá certo nesta unidade não é viável pra aquela outra, então tem que ser bem flexível o nosso cronograma. E isso no

início foi desafiador, eles diziam: ‘E agora’? Parece que a gente está com menos e (com) mais trabalho... (risos), com menos e é mais desafiador...” (P3)

As psicólogas pesquisadas desenvolviam ações no território tais como salas de espera, atividades nas escolas e de impacto na comunidade e no município. Essas ações preferencialmente incidiam com os usuários com algum indício de psicopatologias (principalmente transtornos leves e moderados tais como ansiedades, depressões leves, problemas decorrentes de relação interpessoais; mas também os transtornos mentais severos e persistentes). Como visto, suas ações de maneira geral focavam nos aspectos que mais se aproximavam da dimensão clínico-assistencial, de acordo com a concepção do *apoio matricial*.

Uma das atividades mais realizadas e, talvez, a mais controversa, eram os atendimentos individuais. Na realidade, sob o rótulo de “atendimento individual”, existiam várias possibilidades de interação com o usuário de forma individual, que envolviam variados tipos de manejo clínico: acolhimento inicial, triagem, psicoterapia, referência para a RAS/RAPS, entre outras formas.

Foi ainda perguntado para as psicólogas pesquisadas se elas realizavam apoio matricial com a equipe de saúde da família e como seria na prática esse apoio. As respostas demonstraram uma lacuna formativa no que diz respeito ao entendimento sobre o real significado do conceito e de sua importância para a concepção do NASF.

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

Além desta resposta apareceram ainda outras que abordavam uma série de aspectos de suas ações tal como visitas domiciliares, atendimentos em grupo e individual, trabalhos com promoção da saúde e prevenção de agravos, entre outros. Dessa maneira, percebemos que a maior parte das respostas indicava uma confusão ou uma visão distorcida e/ou parcial do significado do apoio matricial: apoiar seria realizar seu trabalho, dando a contribuição da Psicologia para as ações da ESF. Apenas uma psicóloga deu uma resposta coerente com o conceito do apoio matricial.

Por serem profissionais atuando no campo da Saúde Mental, era esperado que grande parte das referências realizadas pelas psicólogas seria para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente no seu principal dispositivo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste ponto, a partir das observações em campo, percebeu-se uma tensão se agravando no âmbito da SMS: como as psicólogas eram orientadas (pela legislação e pela SMS) a não focarem suas atividades nos atendimentos clínicos individuais, elas encaminhavam os casos de saúde mental de maneira geral para a RAPS, principalmente os casos que poderiam ser diagnosticados como transtornos psíquicos severos ou graves. Em campo, P1 indicou que o percentual de usuários com transtornos severos era relativamente baixo e, nestes casos, a referência vinha funcionando para a RAPS. Em alguns casos, também, eram realizadas contra-referências, o que implicava em um acompanhamento mais próximo de uma integralidade do cuidado em saúde mental.

A grande lacuna acontecia no que diz respeito ao elevado número de casos de transtornos leves e moderados que apareciam para as psicólogas do NASF: nem a RAS, nem a RAPS do município, dispunha de algum tipo de serviço de saúde voltado para estes tipos de transtornos. Casos como depressão leve, ansiedade, problemas de relacionamento ou crises pessoais estavam aparecendo cada vez em maior número nas USF como uma demanda para as psicólogas atuantes nos NASF no município. Como muitas vezes esses usuários precisavam de algum tipo de acompanhamento psicoterápico, as psicólogas, por não terem dentro da RAPS municipal onde referenciar, encaminhavam para as clínicas-escola das faculdades particulares de Psicologia da região. Mas mesmo estas clínicas-escola não eram capazes de suportar a demanda.

Como não existia na RAPS municipal algum serviço que lidasse com este tipo de demanda em Saúde Mental, percebeu-se, como no dito popular, um “jogo de empurra-empurra” pelo qual o NASF referenciava os usuários para os CAPS e estes reencaminhavam os usuários para os psicólogos dos NASF, gerando aí uma situação desconfortável para ambos, na qual no final das contas o usuário acabava por não ser atendido. Isso tendia a ser um problema que estava se agravando com o tempo, mesmo com o discurso da gestão da SMS em criar uma inter-relação entre a APS e a Atenção Especializada em Saúde Mental (principalmente entre a equipe de psicólogos dos NASF e os psicólogos/psiquiatras trabalhadores dos CAPS).

Considerações Finais

A prática profissional no NASF traz à tona novos e velhos problemas no âmbito do SUS: a influência da política partidária na inserção dos profissionais de saúde e nos rumos da saúde; uma série de dificuldades estruturais (unidades de saúde sem estrutura adequada, dificuldade de espaço para atendimento, falta de materiais, etc.); precarização do vínculo trabalhista; falta de educação permanente em saúde, entre outros aspectos (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

No caso específico da Psicologia, a inserção no NASF coloca o profissional em contato com problemas e situações bastante desafiadores com os quais a Psicologia ainda não tem respostas: dificuldades em compreender os determinantes sociais envolvidos nos processos de saúde-doença; a necessidade de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar efetivo; a articulação com uma Rede de Atenção à Saúde; a utilização de tecnologias do cuidado vindas de outras áreas e categorias profissionais; dificuldades com a “linguagem” da saúde; atuação com outras categorias que atuam a partir de uma lógica ambulatorial clássica, entre outras (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

Algumas reflexões sobre a inserção da Psicologia no NASF (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; PAULON; NEVES, 2013) têm considerado que o tipo de trabalho e a proposta deste dispositivo ainda suscitam uma série de dúvidas nos profissionais (SUNDFELD, 2010). Muitos conceitos, métodos e práticas interventivas vêm sendo propostos, a maioria advinda do *campo* da Saúde Coletiva (que inclusive lança as principais bases de atuação do NASF). O cotidiano e a lógica de funcionamento do NASF no município de Feira de Santana estão bem distantes da forma como foi pensado e concebido por pesquisadores e teóricos do campo da Saúde Coletiva, além daquilo que é explicitamente preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro. De fato o NASF e suas ações, no município em questão e a partir das informações coletadas, não funcionam como um dispositivo que atue de forma interdisciplinar e como um elemento ao mesmo tempo aglutinador e atuante a partir do paradigma do apoio matricial. Para que atue com base neste paradigma, seria necessário que este dispositivo fosse além de um modo de atuação que ainda se ancora em uma perspectiva biomédica, clínica, individual e desarticulada com a realidade social e epidemiológica dos territórios nos quais atua.

É importante considerar que a ação da Psicologia no NASF, mais do que desenvolver novas tecnologias no cuidado à saúde, deve se pautar na capacidade de *ler* o contexto das necessidades sociais e de saúde da população para pensar o tipo de *cuidado* que esta necessita. Mais do que atuar a partir de “novas” tecnologias do cuidado (que podem inclusive enquadrar

e cercear a liberdade criativa), o/a psicólogo/a necessita desenvolver um *olhar* diferenciado sobre a saúde de uma coletividade.

Ferreira Neto (2011) indica que os profissionais da Psicologia estão buscando a inserção em políticas públicas não necessariamente por identificação com a proposta ou por uma formação e/ou informação sobre como é a atuação profissional em determinada política. Em muitos casos os profissionais adentram nas políticas públicas por indicação, como uma oportunidade de primeiro emprego, e permanecem neste cargo até que surja outra oportunidade laboral mais interessante em termos de identificação ou de retorno financeiro. No caso aqui analisado, a inserção nos NASF é encarada por algumas dessas profissionais como um recurso de sobrevivência, se tornando em muitos casos uma prática prazerosa e que gera identificação profissional.

Apesar das diversas formas de precarização que envolvem o trabalho no NASF no município pesquisado, é importante considerar, contudo, que as profissionais se esforçavam em realizar um bom trabalho, algumas buscando uma articulação com a RAS/RAPS municipal, tentando também modificar o imaginário popular a respeito da ênfase clínica individual da Psicologia. Entretanto, esbarravam em uma falta de educação permanente em saúde e em uma forma de organização dos serviços que as desestimulavam em criar, em se articular, em inovar.

Dessa forma, mesmo com todas as potencialidades para se desenvolver um cuidado integral, articulado, revolucionário e propositivo, as profissionais pesquisadas e os outros profissionais do NASF realizavam uma ação ainda desprovida de uma transformação e de um ir além do trivial dos serviços. A extensa precarização dos vínculos e das condições de trabalho, aliada a uma apatia das profissionais em transformar suas práticas profissionais fazem destes NASF uma reprodução de tantas outras realidades espalhadas por nosso país, onde o cotidiano dos serviços de saúde ofertados à população está muito aquém do que preconiza o MS e alguns teóricos e pensadores da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2003; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Pensando em algumas estratégias que poderiam pelo menos amenizar tal situação e fazer com que o NASF se aproximasse de toda a sua amplitude, entende-se a necessidade da estruturação de uma boa educação permanente em saúde, articulada e pensada entre a gestão municipal, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada. Essa educação permanente poderia proporcionar aos profissionais uma atualização constante a respeito da legislação e da teorização no âmbito do SUS como um todo e do NASF em especial. Além disso, seria importante e fundamental a realização de concursos públicos e/ou seleções

públicas realizadas de forma objetiva e com critérios claros de seleção. A utilização de cargos públicos como forma de barganha política é uma prática que tende a diminuir a qualidade e a continuidade dos serviços de saúde, comprometendo em grande parte a seriedade do SUS e a busca por sua consolidação.

Além destas proposições, pode ser destacada também a necessidade de um controle social realmente efetivo, que poderia atuar a partir, por exemplo, dos conselhos locais em saúde e das associações e organizações de moradores nos bairros. Um controle social ativo e efetivo nesses espaços poderia facilmente visualizar os aspectos de precarização do trabalho dos trabalhadores e pensar formas de luta por melhores condições de trabalho e melhores serviços nos NASF e na ESF como um todo, pensando também os caminhos e linhas de atuação do SUS nos territórios.

BETWEEN THE POTENTIAL AND THE PRECARIOUS: THE IN(TENSE) INSERTION OF PSYCHOLOGY PROFESSIONALS IN FAMILY HEALTH SUPPORT CENTERS

Abstract

We seek to understand the practices and the interdisciplinary work of Psychology professionals working in Support Groups for Family Health in Feira de Santana / Bahia. Hermeneutics was used as a method in the interaction with the research subjects and in the analysis of the collected information in the field. Semi-structured interviews were conducted with six psychologists and the ethnography was undertaken with two of the interviewed Psychologists. These workers faced various forms of precarious work: informal job linkage with no guarantee of working rights and a diversity of structural and working conditions difficulties. Their actions were primarily clinical-care, with few technical and pedagogical interventions with health teams. Although freedom of action and the potential of its interventions, their practices reproduce an action close to a traditional ambulatory and clinic logic, with few innovations in their practices and reduced articulation with the Psychosocial Care Network.

Keywords: Unified Health System; Family Health Support Centers; Professional Practice; Multiprofessional Teams.

ENTRE EL POTENCIAL Y LA PRECARIEDAD: INSERCIÓN EN(TENSA) DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA EN NÚCLEOS DE APOYOS A LA SALUD DE LA FAMILIA

Resumen

Buscamos en este estudio comprender las prácticas y el trabajo interdisciplinario de profesionales de la Psicología actuantes en Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia en Feira de Santana / Bahia. Utilizamos la hermenéutica como método de interacción con los

estudiados y en análisis de las informaciones adquiridas en el campo. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con seis psicólogas y acompañamiento etnográfico con dos de estas profesionales. Estas trabajadoras enfrentaron diversas formas de precarización del trabajo: vínculo informal y sin garantía de derecho del trabajador, dificultades estructurales y de condiciones de trabajo. Sus acciones eran prioritariamente clínico-asistenciales, con pocas intervenciones técnico-pedagógicas con los equipos de salud. A pesar de la libertad de acción y de potencial de sus intervenciones, sus prácticas reproducían una lógica ambulatoria clínica tradicional, con pocas innovaciones y con reducida articulación con la Red de Atención Psicosocial.

Palabras clave: Sistema Único de salud; Centro de apoyo a la salud familiar; Práctica profesional; Equipos multiprofesionales.

Referências

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

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

AZEVEDO, 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS - CREPOP. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010.

DIMENSTEIN, M. D. B. *et. al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 63-74, jan.-mar., 2009.

_____. Contribuições da Psicologia Social para a saúde como direito e construção da cidadania. In: MEDRADO, B.; GALINDO, W. **Psicologia Social e seus movimentos: 30 anos de ABRAPSO**. Recife: ABRAPSO: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

_____. LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. In: PAULON, S.; NEVES, R. (orgs.) **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GUARESCHI, N. M. F *et. al.* **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Página Institucional do IBGE**. <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 02.02.2015.

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**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, 2013.

MANDELBAUM, B. P. H. Em busca de um encontro: o método hermenêutico na pesquisa em psicologia social. **Temas em Psicologia**, v. 20, n. 01, p. 227-234, 2012.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2330, 2010.

PAULON, S.; NEVES, R. (orgs.) **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

SATO, L; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em Psicologia. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001.

SPINK, M. J. P. **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

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

Data de recebimento: 17/02/2017

Data de aceite: 05/07/2017

Sobre os autores:

Willian Tito Maia Santos possui Licenciatura e Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPb). Realizou Mestrado em Serviço Social na Universidade Federal da Paraíba e Doutorado em Psicologia Social na Universidade de São Paulo/USP. É Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e desenvolve suas atividades de ensino, pesquisa e extensão na área das políticas públicas de Saúde e suas interfaces com a Psicologia, notadamente a inserção da psicologia na Atenção Básica do SUS. Está fortemente interessado na pesquisa a respeito da estrutura e articulação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS. É docente da Área de Humanidades no curso de Psicologia da UFRB no campus de Santo Antônio de Jesus/Ba. Endereço Eletrônico: williantito@yahoo.com.br

Belinda Piltcher Haber Mandelbaum concluiu o Doutorado (2004) e a Livre Docência (2010) em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Atualmente é docente do mesmo Instituto, onde coordena o Laboratório de Estudos da Família do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. É chefe deste mesmo departamento (2014). Atua nas áreas de Psicologia Social e Psicanálise, principalmente em estudos e pesquisas das contribuições da Psicanálise para a compreensão e intervenção em grupos e instituições, particularmente em famílias em suas diversas configurações e relações com contextos de vulnerabilidade social. Bolsista CNPq de produtividade em pesquisa PQ-2 (2016-2019). Endereço Eletrônico: belmande@usp.br