

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

Naima Kimachi Novaes de Neufville Penicaut

Os novos desafios da Psicologia: a atuação nos Núcleos de Atenção à
Saúde da Família (NASF)

São Paulo
2018

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

Naima Kimachi Novaes de Neufville Penicaut

Os novos desafios da Psicologia: a atuação nos Núcleos de Atenção à
Saúde da Família (NASF)

Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação no curso de
Psicologia, sob orientação da Prof.^a Dra.
Andréia De Conto Garbin

São Paulo
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as participantes, que abriram, em um breve espaço de tempo, universos muito únicos de vivências profissionais e pessoais que me contagiaram- cada uma em um ponto diferente- e me impulsionaram a realizar esse trabalho com muito gosto, me aproximando cada vez mais do meu objeto de estudo.

À minha orientadora, Andréia Garbin, por trazer tanta luz e ritmo para esse trabalho, por me contaminar cada vez mais com a sua admiração pelas conquistas do SUS; pela paciência e entusiasmo- que pareceram ambos praticamente inesgotáveis- pela confiança no meu trabalho e pela construção que realizamos juntas, sempre com um sorriso no rosto.

A todas as profissionais, professoras, supervisoras, preceptoras e orientadoras que, no caminho da minha graduação, me apresentaram para a possibilidade de atuação no SUS- abrindo o meu olhar e a vontade de me aproximar dessa área- e às professoras e profissionais que, mesmo que com outros enfoques, contribuíram para a minha formação e com o meu caminho.

Aos amigos antigos, que me conheceram em tantas fases das nossas vidas, da infância até esse momento, e se fizeram sempre presentes, mesmo com tanta coisa mudando, inclusive nós mesmos!

Aos amigos que tive a sorte de conhecer durante a graduação, que enfeitaram esses anos com momentos muito ricos e muitas descobertas; que compartilharam alguns dos melhores momentos da minha vida (até então); que me emocionam e me ensinam coisas a cada dia; e que, daqui a alguns anos, também se tornarão “amigos antigos”.

Ao Vozeiral (grupo vocal feminino do qual faço parte), espaço que manteve a música, o amor e o feminismo no meu dia-a-dia durante todos esses anos, me dando tanto apoio e leveza para superar os desafios e seguir em frente, cantando- e nunca sozinha!

Aos familiares, em especial minha mãe, Valéria, e meu irmão, Yann, que no fechamento do ciclo da graduação, mais do que nunca trouxeram momentos de calma, abraços e a promessa de que “vai dar certo”: e deu! Obrigada pelo incentivo, pelos baldes de pipoca enquanto eu escrevia durante horas e horas!

PENICAUT, Naima Kimachi Novaes de Neufville. Os novos desafios da Psicologia: a atuação nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Curso de Psicologia, 2018.

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi compreender a inserção das psicólogas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os seus impactos para formação em Psicologia, a partir da abordagem da Psicologia Sócio-Histórica. Pretendeu compreender de que forma o trabalho no contexto da Saúde Pública pode ter ampliado a atuação da Psicologia, uma área que, até meados dos anos 90, teve sua predominância no contexto clínico particular, e quais as repercussões dessa mudança na formação. Buscou traçar as dificuldades e alterações vivenciadas na prática dos profissionais e na ampliação do que é “exercer a Psicologia”. A metodologia proposta é a pesquisa qualitativa de estudo de caso, com a realização de conversações semi-abertas, com psicólogas atuantes (durante o presente momento da pesquisa), ou que já tenham atuado nos NASFs do município de São Paulo, analisadas a partir do levantamento de núcleos de significação. Verificou-se um ensino de graduação predominantemente voltado à clínica individual, que não trouxe amparos suficientes para a inserção na Saúde Pública. O atual desmonte das Políticas Públicas é sentido como um retrocesso na atenção à saúde e, em especial, em Saúde Mental; também aumenta o medo do desemprego e a instabilidade gerados pela terceirização dos serviços, ou seja, a precarização do trabalho. Quanto às tecnologias de cuidado referidas pelas entrevistadas, novos dispositivos para a intervenção profissional foram apresentados: matriciamento, projetos terapêuticos singulares, clínica ampliada, acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados coexistindo com as atividades grupais, as reuniões de equipes e discussões de casos. Se por um lado é possível construir novos dispositivos para a prática profissional, que desafiam as lógicas do saber específico na atuação em saúde e do olhar individual, por outro se convive com o estranhamento que as rupturas promovem.

Palavras-chave: formação em Psicologia; NASF; Psicologia Sócio-histórica; Saúde Pública, SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Retomada histórica da Psicologia no Brasil.....	15
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	19
3. ANÁLISE.....	22
3.1 Enfoque da Graduação: “Eu me formei sem ter a menor noção do que era SUS!”.....	24
3.2 Ampliação da prática na própria prática: ferramentas de formação para a Saúde Pública.....	26
3.3 “NASF é outra pegada!”: percursos profissionais.....	28
3.4 Dicotomias na prática Psi: individual x coletivo; específico x geral.....	29
3.5 Conjuntura política atual: desmonte do SUS e das Políticas Públicas.....	32
3.6 “Quem apoia o NASF?” Desafios da prática Psi na Saúde Pública.....	36
3.7 “É para isso que eu me formei”: os valores da prática Psi no NASF.....	40
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	54
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
Anexo 2: Roteiro da entrevista.....	55

LISTAS

Figura 1: Nº de Psicólogas(os) na Rede de Saúde Pública por Região..... 07

Figura 2: Tabela de informações sobre as participantes da pesquisa.....22

SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

EqSF - Equipes da Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

1. INTRODUÇÃO

A Psicologia, enquanto profissão, é relativamente recente no Brasil, tendo sido regulamentada apenas em 1962. Durante esses 56 anos ocorreram muitas mudanças na sua formação e atuação. Na década de 60, as suas áreas de atuação predominantes eram apenas três: as psicoterapias, em grande parte particulares e em consultório; a área organizacional e a educacional. A Saúde Pública, portanto, não se colocava ainda como possibilidade de campo de atuação da psicóloga¹. Atualmente o cenário se ampliou, a partir das conquistas sociais da Reforma Psiquiátrica e a criação do campo da Saúde Mental, sendo possível reconhecer a Psicologia como uma das profissões da área da saúde.

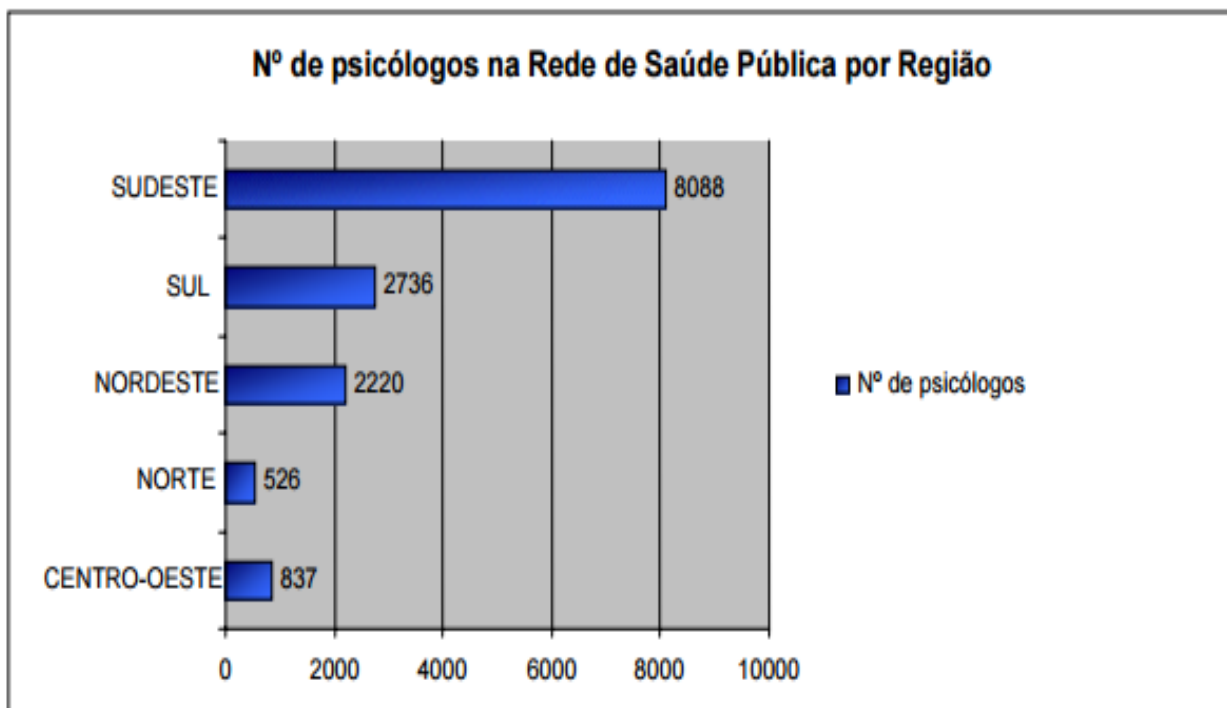
Segundo Ferreira Neto (2011), a porta de entrada da Psicologia na Saúde Pública via Reforma Psiquiátrica, associada ao modelo prevalente de formação dos cursos de graduação, que prioriza até hoje a atuação clínica e individual, como resquícios do período de surgimento da Psicologia no país, acarretou em alguns impasses na atuação em Psicologia na Saúde e modificou as discussões sobre atuação clínica na sua formação. Surge o esforço de criar um novo campo dentro dessa profissão, construindo a identidade da psicóloga na área da Saúde, no contexto de sua formação, situando as tensões vividas nas dimensões clínicas e sociais de sua atuação.

Entre esses impasses e transformações, se coloca o debate em torno das Diretrizes Curriculares do curso de Psicologia, que revelou esforços no sentido de 1) “busca de um equilíbrio entre a área clínica e outras áreas na atuação do psicólogo” e 2) “formulação de uma nova compreensão de clínica, não mais centrada no modelo clássico de consultório privado, mas portando uma compreensão ampliada do campo”, trazendo uma preocupação sobre o contexto social da prática clínica (LO BIANCO, et al., 1994, p 12).

Um estudo realizado por Spink et al. (2006) revela a adesão da categoria profissional dentro da rede pública por região, com a predominância da região sudeste, com 8.088 psicólogas inscritas na Rede Pública:

¹ Este presente trabalho privilegia o termo “psicóloga”, devido ao predomínio das mulheres no exercício dessa profissão no país- equivalente a 89% dos profissionais da área (LHULLIER, 2013)

Figura 1: N° de Psicólogos na Rede de Saúde Pública por Região:



FONTE: SPINK, M. J. P. et al (Org.), 2006.

As mudanças no campo da Psicologia revelam que a experiência das psicólogas a partir da década de 80 na Saúde Pública trouxe elementos fundamentais para a desconstrução e ampliação do modelo anterior, este freqüentemente naturalizado a partir da construção do conhecimento psicanalítico e psicológico. Algumas diferenças entre as práticas desenvolvidas em consultórios particulares e na Saúde Pública foram elaboradas por Ferreira Neto (2011): o encontro com uma nova clientela, composta também pelas classes populares, e não apenas pela classe média; o encontro com a condição de trabalho assalariado estatal, fora de um enquadramento autônomo com regras que se estabelecem na relação cliente-psicóloga, mas se inserindo em uma cadeia burocrática de regulações, horários de trabalho determinados, hierarquias, prestação de contas, etc.; o encontro com outros “saberes/fazer” que já fazem parte da Saúde Pública há mais tempo, em um trabalho interdependente, que não fazia parte da formação da psicóloga até então: as equipes multidisciplinares.

A insustentabilidade do modelo anterior, predominantemente clínico e individual, exigiu a ampliação da formação e atuação da Psicologia, sendo relevante abordar esse novo contexto, aprimorando e ampliando a profissão:

A reprodução do modelo privado de atendimento (...) começou a se tornar insustentável, demandando o desenvolvimento de uma articulação necessária entre a prática clínica e o contexto mais ampliado da saúde coletiva. Nesse sentido, cabe às pesquisas mais recentes na área enfatizar não apenas o que ainda existe de reprodutivo do modelo clássico de clínica dentro do contexto público de atuação na saúde, mas o que tem advindo desses novos encontros produzidos no SUS. (FERREIRA NETO, 2011, p.107)

De acordo com o Ministério da Saúde (1990), esse sistema de saúde, com a formulação de suas diretrizes e princípios, inaugurou uma nova forma de se elaborar a saúde, com uma radical transformação no Sistema de Saúde brasileiro, a partir da ineficiência do sistema anterior- devido ao descompromisso social, insuficiência prática de combater os quadros de doenças nacionais, ausência de integração entre as unidades de saúde, má distribuição da oferta de saúde ao longo do território nacional, excessiva centralização dos serviços, desperdício dos recursos financeiros destinados à saúde, baixa cobertura assistencial da população, baixa qualidade dos serviços de saúde, etc.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, abriu portas para o que seria estabelecido, dois anos depois, na Constituição de 88, com a inauguração de uma seção sobre a saúde. Baseou-se na ampliação do conceito de saúde para outros setores, sendo esta determinada pelo meio físico, o meio socioeconômico e cultural, fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido como uma rede de serviços “regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários”, e de caráter público. A partir disso a saúde é colocada como direito, sendo responsabilidade do Governo assegurar o pleno acesso aos serviços disponíveis, e como além do físico, permeando outros aspectos do indivíduo, inclusive o psicológico:

O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, se inserindo nessa lógica, com o objetivo de ampliar as ações de atenção básica,

colocando em ação o princípio do SUS, de integralidade:

Reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

Desta forma, suas equipes são formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, atuando em parceria com os profissionais das Equipes da Saúde da Família, diretamente nos territórios no qual o NASF em questão está cadastrado. As ESF podem ser definidas como um modelo de atenção primária que operacionaliza estratégias e ações pautadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde da família, focada na unidade familiar e contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade.

O NASF ampliou a gama de profissionais vinculados às equipes, contando com profissionais de diversas áreas da saúde: médicas(os) (ginecologistas, homeopatas, pediatras e psiquiatras), profissionais de educação física, nutricionistas, acupunturistas, farmacêuticas(os), assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas(os), psicólogas(os) e terapeutas ocupacionais. A saúde não é vista apenas a partir do cuidado físico, mas também do cuidado mental dos usuários, sendo recomendado que exista, em cada NASF, pelo menos um profissional da Saúde Mental.

A Portaria criadora do NASF, feita pelo Ministério da Saúde, na portaria N° 154 (BRASIL, 2008), designa as ações dos profissionais do Núcleo, associadas às ESF. Para as ações em Saúde Mental, é destacado o atendimento aos usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental:

As equipes que compõem esse eixo devem desenvolver ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou incorporação de hábitos mais saudáveis, desenvolvendo ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade (MOREIRA e CASTRO, 2009, p. 57).

Evidencia-se a inserção das psicólogas na Atenção Básica como um movimento recente, mas fruto da movimentação da profissão ao longo das últimas

décadas que culminou na formação de um olhar mais amplo das suas práticas e possibilidades. Segundo Moreira e Castro (2009), discutir esse trabalho é pensar na produção social e histórica desse profissional, sendo a Portaria de criação dos NASF uma forma de legitimar e oficializar essa categoria.

Para além do momento da criação do equipamento, a inserção nos NASF continua trazendo transformações na capacitação das psicólogas nele inseridos. João Ferreira Neto (2011) coloca a Estratégia da Saúde da Família como um eixo orientador do SUS, contendo, em sua formação para práticas grupais e intervenções psicossociais, a propulsão de um profissional psicólogo capacitado de maneira diferente, voltado para a prática de apoio matricial, e mais inventivo, com a criação de outras formas de trabalho em saúde:

As potencialidades dessa formação ainda são pouco exploradas dentro do âmbito geral da atuação dos psicólogos na saúde, mas os incentivos para as práticas de apoio matricial da saúde da família, fortalecido com o início do NASF, formam uma conjuntura interessante que poderá permitir a introdução de novas estratégias de intervenção em saúde. (FERREIRA NETO, 2011, p. 129)

Não é possível deixar de lado o caráter desafiador dessa inserção, tendo em vista que ela é relativamente recente e que não há uma quantidade considerável de profissionais atuando nessa área e nem muito preparo durante a graduação. A formação em Psicologia não traz amparos para a inserção da profissão na Saúde Pública; segundo Dimenstein (2001), a formulação dos Cursos de Psicologia ainda não prepara os alunos para trabalharem nesse contexto, ainda enfatizando o modelo clínico liberal privado. Nascimento (2010), ao entrevistar profissionais da Atenção Básica, aponta essa predominância e os entraves presentes durante a formação do estudante: a formação em Psicologia no país não prepara os profissionais para atuar na Atenção Primária, ou na Saúde Coletiva no geral, sendo a formação em saúde feita apenas após a graduação, em aprimoramentos, e na prática em equipes multidisciplinares.

Segundo Dimenstein (2001), os cursos de graduação em Psicologia tendem a formar um profissional enrijecido frente às necessidades de adaptação de suas práticas às demandas de responsabilidade social, estando estas cristalizadas e naturalizadas na própria identidade e cultura profissional. Tal cristalização traz dificuldades ao profissional que se insere no contexto da Saúde Pública:

(...) a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS. (DIMENSTEIN, 2001, p. 59)

A autora aponta, em um estudo realizado com psicólogas(os) que trabalham na rede básica de saúde das cidades de Natal/RN e Teresina/PI, que a entrada destes profissionais nas instituições públicas de saúde não modificou os modelos teóricos e a prática de atuação dos mesmos, apesar de ter ampliado o campo de trabalho, sendo o modelo clínico e individual a forma predominante entre os profissionais entrevistados, mesmo no setor público- preferência referente ao desejo dos usuários, da instituição ou dos profissionais- revelando a falta de ampliação das práticas e teorias para esse novo contexto:

(...) não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar. Daí, sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social. (DIMENSTEIN, 2001, p. 59-60)

Benevides (2005) aponta a dicotomização que existe entre os dois campos, com o desejo sendo colocado no pólo do individual e subjetivo, enquanto a política do lado oposto: no polo do social e coletivo, e a despolíticação que tal separação gera nas práticas Psi². Nessa visão, essas dicotomias fundaram inúmeras separações dentro da Psicologia:

(...) é a partir da fundação da Psicologia nestas dicotomias que o individual se separou do social, que a clínica se separou da política, que o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações, que a clínica se separou da saúde coletiva, que a Psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS. (BENEVIDES, 2005, p. 22)

O NASF pode ser visto como uma novidade nas gestões municipais de saúde, principalmente no que tange à ampliação da Atenção Básica para a atuação outras categorias profissionais. Desde a Portaria do NASF (2008) até 2009, segundo os cadernos temáticos do CRP SP (BRASIL, 2009), foram aprovados 41 NASFs, em

² Utilizaremos, no decorrer do texto, a expressão Psi em referência à atuação dos psicólogos ou à prática da Psicologia.

apenas 27 entre os 645 distintos municípios do Estado de São Paulo, junto a 28 NASFs aprovados aguardando recursos financeiros para serem habilitadas à publicação. Alguns municípios também aprovaram mais de um NASF, como São Paulo- que aprovou oito- e Praia Grande- de seis a oito.

A Portaria nº 2488, de 2011, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a regulamentação, a operacionalização, os princípios e as diretrizes da implantação da política de Atenção Básica no país (BRASIL, 2011). De acordo com os dados a Rede de Atenção Básica é comportada por 453 Unidades Básicas de Saúde, mais de 1300 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 123 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família atuando na cidade de São Paulo.

As estratégias para a implementação do NASF são o apoio e o matriciamento, dispositivos complementares à atuação das equipes de referência. Tais equipes consistem em uma formulação da atuação profissional na saúde que rompe com padrão tradicional de responsabilidade nas organizações de saúde (com responsabilidades quantitativas, geralmente sobre procedimentos e atividades), e de distribuição de poder fragmentada e correspondente a uma hierarquia dos saberes:

Uma equipe de referência é definida também por uma coordenação (gerência) comum e deve enfrentar a herança das “linhas de produção” tayloristas nas organizações da saúde, nas quais o poder gerencial estava atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividiam por corporações. (CRP, 2009, p. 11)

O modelo das equipes de referência, portanto, traz uma ruptura também com a utilização do modelo das “linhas de produção” dentro das organizações de saúde, com a desfragmentação do saber e das chefias; baseiam sua atuação na responsabilização da equipe sobre uma clientela: são pessoas se responsabilizando por pessoas, situadas em leitos de um hospital, ou em um território de abrangência (no caso da Saúde da Família). Os profissionais são considerados dentro de uma interdependência entre si, com objetivos e estratégias em comum, sendo a gerência um importante mobilizador do diálogo e da interação positiva entre os membros da equipe.

O apoio matricial atua concomitante a essa lógica, sendo formado por um grupo de profissionais que não se relaciona diretamente com o usuário dos serviços de saúde, mas presta apoio às equipes de referência, trazendo suporte assistencial (produzindo ações clínicas diretas com os usuários) e técnico-pedagógico (ações de

apoio educativo, estritamente ligada, portanto, ao conceito de Educação Permanente).

O trabalho do NASF exige a articulação das equipes de Saúde da Família, para além da ação individual do profissional, e é um grande avanço ampliar a Atenção Básica ou Atenção Primária para outros saberes e profissionais, com a intersecção de diversos núcleos de conhecimento, visando à integralidade. Nesse sentido, deve-se romper com a visão tradicional de cada área de atuação, para não atuar com base na manutenção da prática clínica tradicional, sem adaptar a atuação profissional para o atendimento plural e baseado na integralidade:

Existe uma dificuldade, um risco que corremos, que é a reprodução do atendimento individual, da clínica mais tradicional do consultório liberal versus o atendimento plural dessas categorias. Isto é, identificamos como risco o fato de, por exemplo, o fisioterapeuta querer um espaço bonitinho onde possa repetir aquilo que ele faz nas clínicas de fisioterapia; de o psicólogo se sentar dentro do consultório para fazer psicoterapia individual. (CARPINTÉRO, 2009, p. 16)

A transformação da prática profissional depende, necessariamente, da compreensão do SUS. É preciso considerar a formação e a capacitação a partir da seguinte pergunta: é uma formação para o SUS? Segundo a autora, a maior parte das universidades não está formando seus estudantes para o SUS, com o resultado de inúmeros profissionais que ainda atuam sobre a lógica das especialidades, gerando dificuldades para a implementação do modelo do NASF:

O grande desafio em relação aos profissionais com essa formação – e mais afastados da Atenção Básica do que os que já estão na Estratégia da Saúde da Família – é inseri-los na rotina de discutir junto, de fazer visita junto, de sair, de trabalhar na lógica do território da Saúde da Família. (CARPINTÉRO, 2009, p. 17)

A Educação Permanente, medida que se mobiliza para a alteração de tais lógicas profissionais, surge como dispositivo de transformação das práticas dos serviços, por meio da reflexão dos processos de trabalho e das relações (CAROTTA, 2009). O Ministério da Saúde implantou essa medida, mobilizando os municípios e Estados a se apropriarem desse novo conhecimento e forma de atuação em saúde, por meio do financiamento de ações de formação e capacitação dos profissionais e equipes, incorporando as lógicas de atuação do SUS, como a

integralidade e a interdisciplinaridade, e ampliando a resolução dos serviços, incluindo em sua prática a reflexão a respeito das necessidades do usuário:

Acredito que a Educação Permanente seja importante; é uma ferramenta para promover mudanças no modelo de formação do SUS, assim como na organização dos seus serviços. Uma das finalidades da Educação Permanente é impulsionar a integralidade, favorecendo a articulação entre a Educação e os trabalhadores, e ampliando a capacidade resolutiva dos serviços, além de trabalhar com Educação Popular, para pensarmos em quais são as necessidades do usuário. (CAROTTA, 2009, p. 34)

As estratégias de mudança na formação das profissões da saúde se centralizam em dois principais núcleos, de acordo com Feuerwerker & Cecílio (2007): o educacional- voltado às contribuições da Escola Nova, da Pedagogia Crítica, de Piaget e Vigotsky- e o da saúde, buscando compreender o processo de aprendizagem em saúde, aproximando o estudante da saúde de questões relevantes para sua realidade, para a busca de novos conhecimentos e formas de atuação que dialoguem com a realidade social:

A partir das contribuições da Pedagogia Crítica e do conceito de relevância social da universidade, também se reconhece que as questões de aprendizagem devem ser significativas do ponto de vista social (cultural, epidemiológico, social, econômico, etc.), porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a conformação de um perfil profissional que dialoguem com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país. (FEUERWERKER, CECILIO, 2007, p. 968)

O princípio da integralidade do cuidado, entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990) ocorre em rede, com a articulação dos diversos serviços de saúde, cada um operando em suas funções, tendo na hierarquização da rede, em contato com a Atenção Básica, uma trama de atendimento capaz de promover saúde por meio do acolhimento e acompanhamento. Considerando a importância do estabelecimento da atenção à saúde em rede, o ambiente hospitalar também traz questões relacionadas à formação dos profissionais de saúde- muito voltada para as especialidades- e às dificuldades referentes a essa lógica de atuação.

Evidencia-se a necessidade de abordar a Psicologia em um contexto amplo, social e político, para constituir de fato a ampliação dessa categoria para o contexto

da Saúde Pública e levantar essa temática, como forma de contextualizar as práticas na Psicologia ao cenário e demandas atuais, dentro da Saúde Pública. Com o intuito de compreender os processos de constituição do NASF, com base nos princípios do SUS, e a emergente revisão das práticas profissionais tradicionais, pretendeu-se abordar a atuação das psicólogas na estratégia do NASF. Considerando que a atuação da Saúde Mental e do NASF já apontam práticas, críticas e apontamentos ao redor de tais questões, o presente estudo norteou-se pelos seguintes questionamentos: quais as contribuições das psicólogas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família? A formação profissional sustenta essa atuação? Quais as perspectivas da atuação em Saúde Mental no NASF?

Assim, objetiva-se compreender a inserção da(o) psicóloga(o) no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os seus impactos para formação em Psicologia.

1.1. Retomada histórica da Psicologia no Brasil

Apesar da existência de estudos que apontam a história da Psicologia, no Brasil, desde a época da colonização, o presente trabalho faz um recorte de estudo para momento próximo à regulamentação da profissão, considerando que o início da construção da profissão em Psicologia se deu, no Brasil, a partir da importação dos ideais da Escola Nova. Esse movimento progressista da Pedagogia moderna trazia uma nova concepção de infância, na qual a criança não era mais tida como um ser corrompido, mas como um ser naturalmente bom e puro, porém corruptível; a partir disso, o trabalho educacional, voltado para a manutenção e proteção de tal natureza infantil, teve como necessário o suporte da Psicologia. Na tentativa de entender a criança e seu desenvolvimento, fazendo correções e protegendo-a das influências sociais, a Psicologia se tornou disciplina necessária para formação de educadores, sendo, a partir de 1934, uma disciplina obrigatória em cursos de Filosofia, Ciências Sociais e Pedagogia (BOCK, 1999).

Com a atuação crescente em escolas (com a aplicação dos conhecimentos psicológicos no processo de ensino-aprendizagem de crianças excepcionais), e em empresas, com o destaque de temas como aptidão e inteligência, o conceito predominante sobre a natureza humana é do indivíduo como uma peça da engrenagem social, referido pela autora, que precisa ser moldado e adaptado,

visando sua funcionalidade para o sistema. Nesse período inicial, os primeiros cursos de Psicologia carregavam um caráter de fundamentações teóricas, sendo desenvolvida apenas em 1962, após a regulamentação da profissão, uma formação prática, voltada para as áreas da clínica, educação e trabalho.

É importante ressaltar a influência da área médica para a construção de um saber psicológico voltado para a biologia, psicopatologia e neurologia, com a aproximação dos campos médico e psicológico (CASTILHO e CABRAL, 2004); e da área do trabalho, dentro das organizações, na área de administração e com a introdução de provas para a seleção de profissionais- o Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP), criado no Rio de Janeiro em 1947, pela Fundação Getúlio Vargas, se voltava para a pesquisa e ensino dessa área (NETTO, 2004)

Após a regulamentação da profissão, no Período Profissional, as concepções abordadas têm a perspectiva positivista e instrumental da Psicologia, com uma tendência a-histórica, que não considera a realidade social que contextualiza o indivíduo (BOCK, 1999). Em contrapartida, a Psicologia Comunitária, desenvolvida pela Psicologia Social, e a criação da Alapso (Associação Latino Americana de Psicologia Social) e da Abrapso (Associação Brasileira de Psicologia Social) representam a resistência que se colocou contra as tendências hegemônicas, representando concepções sociais e históricas.

Os cursos de Psicologia, após a profissionalização da categoria, receberam um grande número de estudantes em formação, sendo que, após 1975, houve um “verdadeiro *boom* de psicólogos e de escolas de Psicologia” (BOCK, 1999) dentro de uma lógica de ascensão das camadas médias da população no mercado de trabalho (via graduação de terceiro grau), simultaneamente ao desenvolvimento de núcleos acadêmicos, sociedades e associações científicas, extra-universitárias- muito importantes no processo de consolidação da profissão. Ocorre o surgimento e a adaptação da área a essa nova demanda, com a edição de livros especializados, o desenvolvimento de novas pesquisas e técnicas de trabalho e investigação.

A rápida e crescente criação de novos cursos de Psicologia pelo país provocou, também, um comprometimento na qualidade da formação acadêmica da área, com o predomínio do aprendizado técnico e especializado, baseado na importação de saberes, ao invés de uma formação ampla, que poderia visar à interdisciplinaridade e a inserção da psicóloga no processo de formação de conhecimento dessa área tão recente no país:

Nos cursos, predomina o aprendizado de técnicas, em detrimento de uma formação mais ampla, interdisciplinar, que possibilite aos psicólogos participar do próprio processo de criação de conhecimento, ao invés de repetir o conhecimento produzido por outrém. (BOCK, 1999, p.75)

Com a valorização da formação complementar dos profissionais da Psicologia e o grande número de instituições para-universitárias com o teor da formação prática e especializada, ocorre também a predominância da prática da clínica privada, reduzindo o amplo campo de atuação da categoria a esse esquema de atuação profissional elitista e desligado do contexto do país. Segundo a autora (1999), esse cenário se deve a uma falta de apropriação do conhecimento, por parte das (os) psicólogas (os) a respeito dos determinantes sócio-históricos de sua própria práxis, devido tanto às lacunas na formação, quanto ao distanciamento de campos de atuação que poderiam proporcionar o enriquecimento e contextualização sócio-histórica de sua prática, no diálogo com movimentos sociais.

Os processos de subjetivação e percepção de mundo presentes nas décadas de 60, 70 e 80 no Brasil, apontam uma subjetividade plural, múltipla e em movimento, composta pelas formas de pensar, sentir e perceber a si e ao mundo, produzidas pelos dispositivos sociais, culturais, políticos existentes no mundo capitalista (COIMBRA, 1995). No período abordado, a autora aponta a predominância da cultura de massa na produção de tais subjetividades. Torna-se importante, portanto, se aproximar do contexto no qual a Psicologia se desenvolveu no país, para conhecer suas transformações e determinações, além de ter um olhar crítico e contextualizado a respeito de suas práticas.

Em suma, a Psicologia é desenvolvida e incorporada no Brasil a partir de um modelo clínico, muito influenciado pela medicina, que visa à adequação dos indivíduos ao ritmo da produção- com a predominância da prática do consultório particular e voltada para as elites, provocando a especialização da área, a restrição de seu campo de atuação e a descontextualização da profissão em relação à realidade de seu país.

Hoje, a profissão não se volta apenas a esse único modelo, apesar da manutenção das lógicas que o sustentam, havendo a ampliação para outros campos, com a difusão de cursos, pesquisas e a criação de novas áreas:

Hoje, os velhos pioneiros se alegrariam com a criação dos cursos de pós-graduação, a difusão de cursos de Psicologia, a decidida profissionalização do psicólogo na indústria, na clínica e na escola, com a criação dos organismos de controle do exercício profissional, com o progresso editorial no campo da Psicologia. Os caminhos da Psicologia brasileira se multiplicaram e não é possível segui-los todos (PESSOTTI, 2004).

Desse modo, verifica-se hoje a Psicologia comprometida com as Políticas Públicas e com a realidade da população, se expandindo, com a criação de cursos de pós-graduação e Psicologia por diversos campos e caminhos.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia proposta para estudar a inserção das psicólogas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família os seus impactos para formação em Psicologia é a pesquisa qualitativa de estudo de caso.

Entende-se por estudo de caso “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa aprofundadamente” (TRIVINOS, 1987, p. 133): a unidade estudada se integra a um todo, dentro do qual é significativa e fundamental para o estudo, análise crítica ou proposição de uma intervenção. A unidade que move a pesquisa não pode ser considerada senão dentro de seu contexto- sendo este também analisado, de forma a ampliar a visão e a atuação sobre o fenômeno estudado.

Apontado pelo autor (1987) como um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa (apesar de também poder ser realizado na pesquisa quantitativa), um de seus principais valores aponta que seus resultados não se estendem ou generalizam para além do caso estudado:

(...) aqui está o grande valor do estudo de caso: fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas. (TRIVINOS, 1987, p. 111)

Serão realizadas entrevistas semi-abertas com psicólogas atuantes (durante o presente momento da pesquisa) ou que já atuaram nos NASFs do município de São Paulo e região metropolitana, gravadas e transcritas a partir da concordância das(os) entrevistadas(os), com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (presente no anexo a). O levantamento bibliográfico versou sobre o percurso histórico de formação do SUS, do NASF e da profissão psicóloga no Brasil.

A análise dos dados será baseada na metodologia da pesquisa *A dimensão subjetiva da desigualdade social- 4ª etapa*³, com a utilização do método de

³ Pesquisa realizada em 2017 com a orientação da Profa. Maria da Graça Marchina Gonçalves. Profa. Dra. Ana Mercês Bahia Bock e Profa. Sandra Sanchez, do Departamento de Psicologia Social-Faculdade de Ciências Humanas da Saúde (FACHS), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); foi realizada uma investigação sobre como a desigualdade social afeta a construção da subjetividade, a partir da identificação de elementos de significação (sentido e significado) característicos e constitutivos da dimensão subjetiva. Para isso, buscou-se aprofundar a compreensão de determinadas temáticas em relação à desigualdade social- educação; questão urbana; direitos e cidadania- por meio de novos procedimentos metodológicos (conversação),

conversação para a realização das entrevistas. O método da conversação é apresentado por González Rey em *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação* (REY, 2005).

Para o autor, o modo de construção de informação das pesquisas qualitativas segue um princípio construtivo interpretativo, que traz para a pesquisa a visibilidade de um nível ontológico de conhecimento do ser humano. A fala- expressa de forma direta ou indireta (o modo que a pessoa diz algo)- revela informações qualitativas do sujeito, trazendo para a pesquisa as configurações subjetivas e o sentido subjetivo, baseadas nos diversos comportamentos e produções simbólicas do ser humano. Por meio de sua fala, o sujeito expressa muitos dados sobre si mesmo, enquanto sujeito histórico, subjetivo e objetivo simultaneamente, levantando as significações que o constituem e por ele são constituídas.

O pesquisador, visando captar as significações do sujeito, assume a postura ativa, para atuar se envolvendo com as representações, valores e intuições particulares do sujeito, numa construção contínua do sentido do problema que está sendo estudado, dentro do movimento de contradição entre o momento teórico e o momento empírico. O sujeito também se coloca de forma ativa, colaborando e constituindo o processo de pesquisa; o que ele diz é relevante, mesmo que não se enquadre no roteiro: a entrevista é utilizada como meio (recurso), e não como uma finalidade absoluta.

A conversação, portanto, objetiva atingir, junto com a pessoa entrevistada, a trama de sentidos e os campos significativos de sua experiência pessoal, podendo, a partir do momento empírico em questão, propor pensamentos reflexivos a respeito dessa realidade. O processo será realizado a partir do roteiro presente em anexo (b).

As entrevistas serão analisadas a partir de núcleos de significação (AGUIAR e OZELLA, 2006), instrumento utilizado na pesquisa qualitativa da abordagem Psicologia Sócio- Histórica que proporciona a apreensão dos sentidos que compõem o conteúdo do discurso dos participantes, a partir das seguintes etapas, após a transcrição da entrevista e a leitura flutuante da mesma:

proporcionando a identificação de significações (significados e sentidos subjetivos), conforme indica a perspectiva sócio-histórica em Psicologia.

1) formação dos pré-indicadores, que consistem nas falas e palavras dos participantes que carregam o sentido de seus discursos, por sua frequência, importância, ênfase, carga emocional, ambivalências ou contradições, etc.;

2) formação dos indicadores, nomeados a partir de uma frase ou palavra que transmita o conteúdo temático do que está representando, sendo estes formados por meio da aglutinação de pré-indicadores por similaridade, complementaridade ou contraposição;

3) construção dos núcleos de significação, a partir da articulação dos indicadores, nomeados muitas vezes com falas dos próprios participantes, revelando e objetivando “a essência dos conteúdos expressos pelo sujeito”, conforme segue:

Os núcleos resultantes devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que revelem as suas determinações constitutivas (AGUIAR e OZELLA, 2006, p.231)

É nesse último momento, na construção dos núcleos de significação, que o processo se transporta da análise para a interpretação da narrativa dos participantes, proporcionando uma aproximação do sujeito, por meio de sua narrativa.

3. ANÁLISE

Foram realizadas entrevistas individuais, com a duração de 1h cada (em média), com 5 participantes; sendo três delas ex-integrantes do NASF, e duas delas atuais psicólogas de equipes do NASF, em São Paulo:

Figura 2: Tabela de informações sobre as participantes da pesquisa.

NOME	PL	JL	DB	PY	JQ
GÊNERO	Feminino	Feminino	feminino	feminino	Feminino
IDADE	36	35	35	36	35
RAÇA/COR	Branca	Branca	branca	branca	Branca
ESTADO CIVIL	Casada	Solteira	solteira	solteira	Solteira
ESCOLARIDADE	pós- -graduação	superior completo	pós- -graduação	mestrado	pós- -graduação
FORMAÇÃO	psicóloga	Psicóloga	psicóloga	psicóloga	psicóloga
UNIVERSIDADE	UFSCar	PUC-SP	PUC-SP	USF	Mackenzie
LOCAL DE ATUAÇÃO NO NASF	Zona Leste: Cidade Tiradentes e Guaianases	Zona Norte: Brasilândia	Zona Norte: Freguesia do Ó/ Brasilândia	Zona Oeste	Zona Leste e Sul: Guaianases e Parelheiros
TEMPO DE ATUAÇÃO NO NASF	1,5 – psicóloga; 1 ano – coord. de 3 equipes	4 anos e meio	5 anos	7 anos e meio	6 anos
TRABALHA NO NASF ATUALMENTE?	Não	Não	sim	sim	Não

É importante ressaltar a repetição de um perfil, entre as entrevistadas: todas mulheres, brancas, na faixa etária dos 35/36 anos. A predominância feminina, de acordo com as pesquisas do Conselho Federal de Psicologia, aponta para o perfil da categoria profissional no país, com a porcentagem de 88% psicólogas; a idade das participantes (faixa etária dos 35 anos) pode apontar para a porcentagem de 34% de psicólogas na faixa etária entre 30-39 anos; esse predomínio reflete o recente crescimento dos números de cursos de graduação em Psicologia no país:

Esse resultado não é surpreendente, tendo em vista a expansão dos cursos de graduação em Psicologia no país e o conseqüente aporte de jovens profissionais no mercado de trabalho. (LHULLIER, 2013, p. 22)

A questão de raça aponta para a predominância de psicólogas brancas- 67% da categoria, sendo a população parda correspondente a 25% e a população preta, apenas 3%. Esses números revelam um viés de raça/cor acentuado nessa categoria profissional em relação aos dados da população geral, e assim a sub-representação dessa população:

A população de psicólogas no Brasil tem um viés de raça/cor bastante acentuado em relação aos dados da população geral, ou seja, as mulheres que se declararam pardas e negras estão sub-representadas na profissão, o que reflete a desigualdade de oportunidades de acesso ao ensino superior. (LHULLIER, 2013, p. 48)

A predominância branca da Psicologia corresponde e reproduz a segregação racial presente nessa categoria profissional, assim como em outros espaços no nosso país- fato que precisa ser apontado como estruturante e estruturado pelo racismo presente nas relações e questões sociais, na “relação de opressão histórica que constrói e reproduz essa condição subjugada dos negros na sociedade (...) Não somente a condição desigual em si, mas também os mecanismos de reprodução histórica das relações sociais, econômicas, políticas e ideológicas que constituem e sustentam tal desigualdade” (MATOS; ALFONSO, 2013). A partir de tais considerações, é preciso enfatizar que a fala e o olhar das psicólogas entrevistadas representam um recorte específico da profissão.

A análise das entrevistas foi realizada a partir da transcrição e destaque das falas das participantes que revelam as ideias principais de seus discursos: os pré-indicadores; estes foram reunidos em indicadores, a partir de elementos comuns ou relacionados entre si. Essa primeira parte foi realizada separadamente, em cada entrevista, de forma que os pré-indicadores e indicadores levantados representam o discurso separado de cada uma das participantes.

A seguir, a partir dos indicadores de todas as entrevistas, foram formados núcleos de significação gerais (referentes a todas as entrevistas), como forma de analisar os principais pontos dos discursos, mantendo, ainda assim, a particularidade das opiniões que surgiram sobre os mesmos temas:

3.1- Enfoque da Graduação: “Eu me formei sem ter a menor noção do que era SUS!”

Segundo as entrevistadas, sua formação profissional não contemplou a formação em Saúde Pública. As opções de estágios e dos discursos acadêmicos estiveram centrados em uma clínica tradicional, privatista, individual, do setting do consultório particular. Outras formas de Clínica, como a possibilidade de práticas multidisciplinares ou outros dispositivos clínicos, não foram apresentados, revelando uma formação distante da atuação nas Políticas Públicas. Evidencia-se a necessidade da formação profissional se aproximar da atuação em Saúde Pública.

Diversos autores, a seguir referidos, apontam a prevalência do modelo clínico e individual na formação dos cursos de graduação como um importante desafio para a prática dos profissionais que se inserem na saúde; o profissional formado pelos cursos de Psicologia possui uma postura inflexível e com modelos de atuação limitados para a atuação em saúde, distantes da demanda da clientela e das instituições do SUS (DIMENSTEIN, 2001).

Para Ferreira Neto (2011), esse desfalque na graduação frente à inserção na saúde revela a necessidade de revisitar as Diretrizes Curriculares do curso de Psicologia, criando um novo campo dentro dessa profissão, com a construção de uma nova identidade da psicóloga- atuante na Saúde Pública- e a formulação de uma nova proposta de clínica, que supera o modelo tradicional do consultório privado, e propõe um olhar ampliado sobre o campo, levando em conta a esfera social.

PY, que vivenciou uma experiência de estágio durante 2 anos na Estratégia da Saúde da Família, no qual ela trabalhava com uma técnica que se chama Plantão Psicológico, coordenando grupos terapêuticos, fazendo visitas domiciliares e participando das reuniões de equipe, pôde construir um olhar baseado no dispositivo da Clínica Ampliada. Nesse caso, um facilitador do processo foi o fato da Universidade possuir um programa de aprimoramento profissional voltado para a Saúde Pública, com ações que envolviam os alunos, funcionando como um modelo da Saúde Pública.

Uma das participantes relatou experiências pontuais na graduação, pois formam oferecidos estágios em serviços públicos ou clínicas-escola. Referiu que a

formação deve ser generalista para apresentar ao aluno várias formas de atuação da (o) psicóloga (o). Segundo as entrevistadas essas experiências possibilitam a troca, a renovação de conhecimento, problematizações, críticas, com uma participação ativa e potente dos dois lados.

Outra entrevistada, JQ, referiu que houve uma alteração no plano pedagógico durante sua graduação, em 2004, a partir de uma parceria do MEC com o Ministério da Saúde, para que todas as profissões de saúde capacitarem seus alunos para trabalhar no Sistema Único de Saúde. Isso possibilitou ampliar as formas de participação dos alunos, no entanto, considera mesmo com o aumento na disponibilidade e oportunidades de inserção da graduação na Saúde Pública, acredita que os alunos ainda se mantêm distantes dessa prática, devido a uma desvalorização da mesma.

A Resolução CNE/CES Nº 8 (2004), que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia, propôs uma formação mais ampla do profissional da área, levando em conta a complexidade e vastidão de linhas teóricas e concepções metodológicas, a diversidade de suas práticas e contextos de atuação (p. 2). O artigo nº4- que consiste nos objetivos gerais de competências e habilidades da formação em Psicologia- coloca como primeiro item a “Atenção à Saúde”, que determina como parte da formação das psicólogas a aptidão em ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto nos níveis individuais quanto nos coletivos (p.6). No mesmo artigo, determina-se a Educação Permanente, com a exigência de um processo de aprendizagem contínuo, comprometido com sua educação e com a formação das futuras gerações profissionais:

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, e de ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico e profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2004).

Apesar das mudanças nas diretrizes curriculares, isso refletiu pouco na formação profissional, estando presente no relato das entrevistadas apenas como as primeiras movimentações e iniciativas voltadas às reformulações curriculares.

3.2- Ampliação da prática na própria prática: ferramentas de formação para a Saúde Pública

Nesse núcleo, as participantes destacaram que, diante da escassez de espaços de formação para a Saúde Pública na graduação, precisaram buscar outras ferramentas para ampliar sua prática profissional como psicólogas do NASF- segundo Nascimento (2010), diante de uma formação em Psicologia que não prepara os profissionais para atuar na Atenção Primária, ou na Saúde Coletiva, a formação em saúde é feita pelos profissionais em espaços procurados após a graduação, como aprimoramentos, e na própria prática em equipes multidisciplinares: como revela a fala de uma das entrevistadas, “a prática é ampliada na própria prática”.

. Entre essas ferramentas, foram citados os aprimoramentos; residências multiprofissionais; grupos de estudos realizados por estudantes interessados na área (na época de graduação); a Educação Permanente, incentivo do Ministério da Saúde à formação constante do profissional da rede e das práticas do serviço, com cursos, capacitações e espaços de reflexão sobre os processos de trabalho e suas relações (CAROTTA, 2009); o estudo dos cadernos disponibilizados pelo Ministério de Saúde, com a função didática de apresentação de ferramentas da Atenção Básica; o VER-SUS (Vivência e Estágio da Realidade do SUS), proposta de incentivo do Ministério da Saúde, que ocorre desde 2002, visando à formação de trabalhadores para o SUS, por meio de estágios e vivências, proporcionando uma visão ampliada do conceito de saúde e “a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Foi citada, em uma das entrevistas, a necessidade de sair de São Paulo para buscar a aproximação, na época anterior à formação do NASF, das discussões e práticas da Saúde Pública; Campinas é colocada como um importante pólo na formulação de Políticas Públicas na área da saúde.

A construção da prática e da militância em Saúde Pública das participantes não se deu na graduação, mas na própria prática na Rede, a partir da troca com

outros profissionais, com a quebra de pressupostos e formas de conceber a saúde-carregadas com um olhar biomédico e individualizante; foi a vivência profissional nas equipes multiprofissionais que proporcionou o questionamento e a problematização das práticas em saúde. De fato, é muito presente na fala das participantes a concepção de que o crescimento e fortalecimento da prática se dá com ênfase no próprio dia-a-dia e nas trocas entre profissionais. Merhy (2005) ressalta a fertilidade dessas trocas para a construção de um mundo do trabalho em saúde no qual a integralidade permite o ampliar da ação produtiva para um ato coletivo, para novas possibilidades do fazer- extraídas a partir do próprio fazer coletivo- proporcionando a desterritorialização dos núcleos profissionais, e construindo um novo método, no qual “pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas”; onde há a contaminação pelos olhares do “outro” do campo da saúde, sendo estes o usuário, individual e coletivo:

Fazer do mundo do trabalho, na sua micropolítica, um lugar para tornar estas intencionalidades e implicações elementos explícitos, a fim de constituí-los em matéria-prima para a produção de redes de conversas coletivas entre os vários trabalhadores, que habitam o cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, é explorar esta potência inscrita nos fazeres produtivos, como atos pedagógicos. Por isso, o mundo do trabalho é uma escola. É lugar de se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres, saberes e agenciamentos de sujeitos. (MERHY, 2005)

Mesmo com a valorização dos espaços de estudo e formação, de embasamento teórico e discussões sobre a prática profissional, também se mostrou a preocupação de não manter a prática afastada desses espaços, sendo necessário manter uma construção conjunta entre a prática e a teoria. A formação e o estudo, como maneiras de amparar e ampliar a prática das trabalhadoras na Rede, são tratadas como algo contínuo, que não objetiva um fim, mas a constante revisitação e reconstrução, como um espaço necessário para a atuação profissional, muito importante nos momentos de instituição do NASF- no qual sua proposta era muito recente, e ainda não havia sido incorporada pelos profissionais, e em sua continuidade.

3.3- “Nasf é outra pegada!”: percursos profissionais

Situando o início de suas vidas profissionais num contexto no qual o NASF não existia ou estava em processo de implementação, as participantes retratam um leque de possibilidades de atuação muito menor para a Psicologia. Suas vivências de recém-formadas, como o aprimoramento na UNICAMP, ou a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foram marcadas por algumas das primeiras experiências da forma de atuação do NASF.

Em “NASF é outra pegada”, a participante DB retrata que sua antiga chefe, em um CAPS, havia ressaltado sua “cara de NASF”, como se ela tivesse um perfil adequado para compor a equipe do NASF; com “outra pegada” ela se refere ao matriciamento e à clínica ampliada, à uma postura aberta para uma atuação menos específica, com o olhar integral sobre os casos- a partir do qual todos os conhecimentos são bem vindos- o que implica na desconstrução de uma lógica de encaminhamento, da centralização do cuidado na figura do médico. Essa fala retoma a concepção de integralidade, na qual cada pessoa é um todo que integra sua comunidade, de forma que a prática dos serviços passa a cumprir ações pautadas na promoção, proteção e recuperação da saúde- que também possuem essa integralidade, não podendo ser compartimentalizadas- atribuindo às unidades de serviço de saúde o caráter de rede integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). A integralidade se expressa, para as participantes, na prática dos atendimentos conjuntos, grupos terapêuticos, o questionamento a respeito da demanda de atendimento psicológico que segue a lógica do encaminhamento: será que o vínculo do usuário com outro profissional não é mais potente para o cuidado do mesmo?

A retirada desse posto da especialidade é traçado como um grande desafio, descrito como a “perda de sua identidade de psicóloga”: ao despir-se de sua especialidade, a psicóloga não deixa para trás suas contribuições, mas que amplia sua atuação para além do olhar específico e do setting terapêutico tradicional, que é o que acompanha sua formação, “ o *script* que a gente é formado, como psicólogo”. É estar atuando entre outros profissionais, e olhar para o usuário que chega até o seu cuidado não como uma pessoa isolada, mas como pertencente àquele território e integrante de uma família da qual faz parte. Essa fala retoma duas estratégias de implementação do NASF- o apoio e o matriciamento- a partir dos quais se modelam

as práticas das equipes de referência: abandonando o saber e as práticas disciplinares fragmentados (CRP, 2009), os profissionais de saúde são vistos em rede, com uma interdependência entre si, com práticas profissionais conjuntas e pautadas em uma construção comum.

Apenas uma das participantes aponta o resgate de experiências vividas durante sua graduação, ao trabalhar no NASF, e a aproximação da Saúde Pública incentivada nesse contexto de sua formação, por meio de estágios de campo em UBS.

3.4- Dicotomias na prática Psi: individual x coletivo; específico x geral

As participantes se referiram à prevalência do modelo biomédico na atuação em saúde, com a presença de práticas pautadas na especialidade e encaminhamentos; “cada um no seu quadrado”, com a conduta e a ênfase do cuidado em uma abordagem médica, pautada no diagnóstico e na “cura” dos sintomas. A psicóloga, nessa visão, recebe o lugar do especialista, de um profissional que tem a capacidade de escutar e transformar as pessoas e, portanto, deve estar no lugar de escuta individual, seguindo o modelo ambulatorial.

Há uma confusão entre a proposta de formas de trabalho que superam o modelo biomédico e a falta de disposição para o trabalho, como se trabalho “de verdade” fosse se manter em uma sala atendendo paciente por paciente, individualmente. Segundo o discurso das entrevistadas, os profissionais que quebram com a lógica dessa prática são vistos pelas equipes como profissionais que trabalham menos. Com uma concepção de Saúde que valoriza o específico, tendo como o principal exemplo a Medicina, que possui especializações em áreas do corpo cada vez mais pontuais, o profissional que trabalha com o geral tem um lugar desvalorizado: “o profissional que trabalha com tudo, não trabalha com nada, parece, sabe? Não se aprofunda em nada”.

Segundo a experiência das participantes, ainda há uma grande demanda para o atendimento individual, o que aponta para o predomínio de uma lógica voltada a esse modelo, que é muitas vezes quebrada ao longo do percurso de cuidado, com a ampliação da prática de cuidado e a insustentabilidade do modelo

privado de atendimento (FERREIRA NETO, 2011). Além da aposta em um modelo distinto de atenção à saúde, que rompe com o tradicional, as entrevistadas apontam para uma impossibilidade prática de atender individualmente a todas as pessoas de um território- que abrange um número muito grande de pessoas- revelando a impossibilidade de encaixar o modelo de atuação dos consultórios particulares no SUS.

O desafio de romper com a ação individual profissional e com a visão tradicional de cada área de atuação, apostando no trabalho articulado entre as equipes, é algo que enfrenta muitas barreiras, mas precisa ser realizado para não reduzir a prática à reprodução do modelo do atendimento individual, sem a adaptação a outras formas de atuação e ao contexto em que se insere (CARPINTÉRO, 2009). Segundo a autora, as universidades- em sua maioria- ainda possuem um enfoque clínico baseado na especialidade, e para a ampliação dessa lógica e da prática profissional, a implementação do SUS depende de uma formação e capacitação profissional que o compreenda como parte do currículo.

A população atendida também carrega estigmas quanto à atuação profissional em saúde, supervalorizando o atendimento individual psicológico em detrimento ao atendimento em grupos, como no exemplo citado:

“Você fala para a mãe de um adolescente que pergunta o que que fazemos num grupo de adolescentes: “Ah, a gente passeia pela cidade”. Tipo, você tá de brincadeira, né? (risos)... Até você explicar como isso está relacionado a ter saúde, como acessar lazer, cultura, se relacionar é saúde. É toda uma construção, tanto com os usuários como com os outros profissionais”. (PL)

Nos discursos, são reveladas dificuldades com os próprios profissionais, que, ao chegarem ao NASF, ainda carregam certas concepções de seu saber e de sua prática que os afastam da proposta de uma clínica integrada e ampliada; profissionais com enfoques- baseados em linhas teóricas ou públicos- muito específicos, que tentam adaptar a demanda do serviço e do território às suas preferências teóricas e enquadramentos, ao invés de fazer o contrário, podendo ampliar sua prática profissional.

Assim como pontuado por Carpintéro (2009), as participantes indicam como um grande desafio inserir esses profissionais na rotina de práticas da equipe, tais como discussões conjuntas, visitas domiciliares e sair pelo território. Em contramão,

há também o crescimento de um olhar mais preventivo, com o crescimento do reconhecimento desse trabalho por parte dos usuários e dos profissionais que compõem a equipe, com o aumento na validação das práticas como grupos e intervenções/ações em saúde que se pautam na promoção.

Nesse núcleo, a fala de uma das entrevistadas se destacou das demais, contando com uma crítica a respeito das dicotomias entre o coletivo e o individual; clínica e social; social e individual, apontando, dentro do NASF, a dificuldade de sustentar discussões e apontamentos de uma clínica mais específica, quando necessário para o andamento de um caso. Segundo ela, tal polarização é responsável por um trabalho de baixa qualidade clínica, e pela confusão entre clínica ampliada e o esvaziamento da especificidade, com o desenho de práticas muito afastadas uma da outra: ou um NASF ambulatorial, que não amplia sua clínica, não tem discussão de caso e só atende individualmente, ou um NASF no qual o específico era completamente mal recebido, mesmo quando necessário. Segundo sua concepção, com a defesa de outra proposta de saúde, a clínica teria sido jogada fora:

No bojo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, a gente teve que bater tanto nessa clínica patologizante, individualizante, etc. e tal, que a gente acabou “jogando o bebê com a água do banho”.⁴ Teve muita coisa que a gente teve que se livrar, criticar e tal, mas os equipamentos de saúde mental jogaram fora a clínica. Ao invés de jogar fora um tipo de clínica, teriam jogado fora todo o pensamento clínico. (JL)

É traçado, de fato, pelas outras participantes, a questão da dicotomia de duas práticas muito opostas, que se chocam quando elas buscam especializações teóricas ou de clínicas específicas. Em ambientes de discussões da clínica específica, a ideia de atender uma família inteira ao mesmo tempo, ao efetuar uma visita domiciliar, é vista como algo inusitado e/ou equivocado; nos espaços de especialização, é muito comum que perguntem para elas se estão “abandonando” a Saúde Pública, como se uma prática necessariamente abandonasse a outra.

Essa dicotomização é abordada por Benevides (2005) como a separação de dois campos, que proporciona a despolitização das práticas da Psicologia: com a

⁴ Referência que a entrevistada faz ao artigo: “Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental”, de Rosana Onocko Campos, Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

política em um pólo e o subjetivo em outro, não há interlocução entre elas, assim como entre o individual e o social, a clínica e a política, o coletivo e o clínico, etc. Para a autora, e segundo a fala das entrevistadas, esse é um debate importante para a constituição da atuação e prática no SUS, do qual a Psicologia se absteve- apesar de ser atravessada constantemente por ele, sendo um diálogo muito amplo e complexo, mas possível e necessário.

3.5- Conjuntura política atual: desmonte do SUS e das Políticas Públicas

A fala das participantes carrega, por unanimidade, um tom de pesar quanto ao desmonte das Políticas Públicas de saúde e do NASF: o medo de que ele volte a funcionar no modelo ambulatorial, do desemprego gerado pela demissão de seus profissionais- que já vem acontecendo, a exemplo de vários colegas seus- e do enfraquecimento do NASF a partir da não contratação de novos profissionais para compor as equipes. Elas apontam o SUS como um modelo de referência para o mundo inteiro, citando que alguns países vêm aqui para estudar como foi possível oferecer saúde gratuita e universal, e seu desmonte contraria o movimento de anos de luta e construção.

Uma das participantes relembra o cenário vigente no momento de sua graduação, no qual não havia uma inserção expressiva da Psicologia na Saúde Pública, e tampouco a amplitude desse mercado de trabalho que existe atualmente, o que impactava na graduação, pois não existia a possibilidade de fazer estágios como hoje, inseridos nas Políticas Públicas. Segundo ela, as últimas décadas foram repletas de um crescimento exponencial desse espaço de vinculação com as políticas, que agora está sendo destruído, com a eminência do risco de voltar para o cenário anterior ao governo Lula- responsável, de acordo com sua fala, pela implementação de políticas nacionais de Saúde Pública.

O NASF, enquanto política muito recente e de vanguarda, é colocado como uma política que não teve tempo de ser colocada em prática e vencer todos os desafios que enfrenta nesse percurso de implementação, e agora enfrenta um processo de sucateamento. O tempo da prática dessa formação, portanto, não foi o suficiente para explorar todas as potencialidades que ela proporciona dentro da

atuação das psicólogas na saúde (FERREIRA NETO, 2011). Apesar disso, também é retratado como uma política que, nesse pouco tempo, já rendeu muitos resultados e tem uma grande relevância dentro das práticas de saúde.

Ao mesmo tempo, as entrevistadas apontam que a demanda dos serviços públicos têm crescido bastante, devido ao aumento do desemprego da população, que passa a não conseguir mais pagar pelos planos de saúde particulares, ou tem os planos de saúde cortados- antes oferecidos pelas empresas e/ou empregadores: a participante que atua na Zona Oeste, em um bairro de classe média, fala que nunca atendeu tantas pessoas em situação de desemprego como atualmente, buscando o SUS como oferta de saúde.

Para elas, as mudanças nas políticas influenciam diretamente na formação dos profissionais de saúde, e, no caso, das psicólogas, uma vez que apontam qual será o direcionamento da atuação e a lógica de tais profissionais dentro do mercado de trabalho que os espera, com a predominância de práticas e exigências profissionais com um enfoque determinado:

Assim como em 2008 [a Portaria] tensionava para formar pessoas para circular nessa rede, para entender esse funcionamento, essa política, quando você diz: “agora o que interessa é o conhecimento especializado, fazer diagnóstico, conduta dos sintomas, etc.” você também direciona e tem um impacto na formação das pessoas. (PL)

Ao falar a respeito das Organizações Sociais da Saúde (OSS), que administram os NASFs, as profissionais ressaltam a falta de autonomia dos trabalhadores, com a distorção dos espaços de supervisão como locais de controle, fiscalização da ação dos profissionais- e não de compartilhamento das práticas entre eles- e o impedimento de espaços de articulação e organização social entre os profissionais, como fóruns e reuniões:

Quando as Unidades começavam a se fortalecer, se encontrar nos fóruns, vinha uma coisa tipo de não poder fazer reunião, muito relacionada a isso de que as pessoas começavam a se encontrar, organizar, ter ideias para confrontar. Sozinho, você confrontando não tem força. (PL)

. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são definidas como “instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e

colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde” (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018). Nesse modelo, o governo planeja a execução do serviço, as metas de produção e de qualidade, custeia os recursos dos serviços e cobra os resultados estabelecidos em contrato, de forma que a administração direta é realizada pela OSS, mas o serviço de saúde permanece público.

O serviço das OSS se dá através de contrato de gestão, que afeta diretamente os municípios, e cobre, em nível estadual: Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). A justificativa dada para o uso desse modelo de administração representa o discurso de desvalorização dos serviços de gestão pública, associado ao crescimento dos custos na área da saúde:

O crescimento vertiginoso dos custos de assistência à saúde tem gerado diversas propostas de mudança na organização de equipamentos de saúde financiados com recursos públicos, e a parceria com OSS aqui relatada é uma alternativa concreta para obtenção de maior qualidade e produtividade com menores custos. Nesse modelo, a contratação de serviços, avaliação e controle é atribuição exclusiva do Estado, que deve prestar contas de forma transparente e permanente, permitindo o indispensável controle social, em benefício do atendimento das necessidades da população usuária do Sistema Único de Saúde. (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018)

Na fala das participantes fica clara a diferença entre atuação entre as OSS, de forma que, a depender da OSS que administra um serviço, as exigências e formas de atuação são outras, assim como as cobranças e formas de gerenciar os profissionais: uma das OSS citadas possui um caráter católico, contendo práticas nas quais os profissionais eram liberados e mais valorizados por participarem de ações de caráter religioso do que para participar de palestras, cursos, respaldadas pela prática de Educação Permanente- prevista nas diretrizes do SUS.

Por outro lado, outra participante conta uma vivência distinta, com bastante autonomia para exercer sua prática, sem identificar esse controle por parte da Organização Social que a contratava, havendo inclusive a disponibilidade de

espaços de formação, na própria sede, ajudando a elaborar o apoio matricial, e fortalecer a prática das equipes. Isso demonstra a vulnerabilidade vivenciada pelo SUS ao deixar de lado a administração direta: sendo administrado por organizações do setor privado, a ênfase nas metas e nos enfoques das práticas são reguladas por terceiros, fragilizando a pauta e o cumprimento das diretrizes e propostas do SUS.

Ao citar como a mudança de prefeitura tem impacto nas práticas das OSS, as participantes citaram a sequência de duas gestões consecutivas em São Paulo: a anterior, que pretendia retirar as OSS, mas, ao não conseguir, elaborou uma reorganização, unificando a administração dos territórios, para promover a territorialização e comunicação entre os serviços próximos; e a seguinte, que seguiu a posição contrária, fortalecendo as OSS, mas, ao mesmo tempo, tirar todos os recursos ao ponto de fechar os serviços de saúde. Uma delas cita, durante a entrevista, o exemplo de um momento na campanha eleitoral municipal: foi produzido um vídeo de funcionários que precisaram dormir no local de trabalho, para não correr o risco de não chegar no dia seguinte (durante a greve nos transportes públicos), como um recado para os profissionais de que é isso que a Prefeitura espera deles.

A instabilidade da terceirização- que abrange grande parte da Atenção Básica de São Paulo- também se coloca na realidade profissional, tendo em vista que os profissionais dependem da mudança de Governo e do contrato de gestão, o que gera muita insegurança a respeito da manutenção de sua vaga de trabalho e de qual prática será exigida de sua atuação:

Esses dias foi demitida uma colega sem precedentes, uma demissão que a gente não entendeu, então isso dá margem para mil fantasmas, mil fantasias, então acho que essa instabilidade da questão do terceirizado, das OSS, é horrorosa. (PY)

A terceirização do trabalho- com a separação das atividades-meio e atividades-fim- em nome da melhoria dos serviços prestados, ao invés de qualificar e gerar empregos, gera desemprego, aumenta a carga de trabalho e subtrai salários (ANTUNES, 2015). O autor aponta para questões citadas pelas próprias entrevistadas, como a incerteza, a dificuldade de encontrar espaços e tempo para reivindicações e a insegurança gerada pela alta rotatividade no serviço:

Muitos terceirizados estão há anos sem usufruir um dia de férias, pois a contingência e a incerteza avassalam o seu cotidiano. E só uma minoria consegue ir à justiça do trabalho, pois o terceirizado (e a terceirizada) não tem nem tempo, nem recursos e frequentemente carece do apoio de sindicatos para fazê-lo. E sabemos que nos serviços, onde se expande celeremente a terceirização, viceja amplamente a informalidade e a alta rotatividade. (ANTUNES, 2015, p. 8)

Dentro desse cenário, as entrevistadas revelam uma distorção das diretrizes do SUS na prática de saúde: a sobrecarga dos trabalhadores; equipes multiprofissionais sendo reduzidas; aumento da área do território a ser coberta por cada equipe; equipes sendo desfeitas; profissionais remanejados, como profissionais de reabilitação direcionados para centros de reabilitação (retirados do NASF); redução para um único profissional da Saúde Mental por equipe (não havendo mais a composição entre Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra e Psicólogo); a inclusão de consultas individuais na grade regular, com a disposição de 3 dias na agenda para ficar na recepção atendendo quem chegasse, em um modelo que retoma o modelo ambulatorial.

Há uma fala desesperançosa e triste por parte das entrevistadas, ao situar o contexto político atual, olhando para o retrocesso dos esforços de construção de uma forma de atuar e conceber a saúde, que em sua prática profissional tem muito sentido e potência:

A gente vem acompanhando nesses três anos o retrocesso: fomos fazendo todo um trabalho de descentralização, de tirar dos níveis primário, secundário e terciário, para ser possível dividir e trabalhar com a Atenção Básica; a promoção de saúde; temos profissionais especializados no território, para promover saúde, diminuir o uso dos outros níveis de atenção. Mas no Brasil, nos últimos anos, não é mais essa a proposta! Eles têm feito o contrário. Uma coisa é você resistir por algo que existe, outra coisa é batalhar, resistir por algo que quase não existe mais! Um desinvestimento louco, maluco, dessa gestão...É muito triste para a gente, porque a gente perde o sentido de estar ali. O pior momento de todos, de longe! (JQ)

3.6- “Quem apoia o NASF?” Desafios da prática psi na Saúde Pública

“Eu acho o SUS um sistema lindo que é precarizado”- define uma das entrevistadas, ao falar das principais dificuldades da prática profissional na Saúde

Pública. Segundo ela, o SUS é um Sistema muito potente e único, uma vez que ele tem como princípios garantir o acesso ao direito à saúde para toda a população do país (princípio da universalidade); levando em conta as necessidades distintas de cada pessoa (princípio da equidade) e considerando as pessoas como um todo integral (princípio da integralidade) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Por outro lado, a entrevistada considera que ele é pouco investido, por ir de encontro com interesses políticos e econômicos, se tornando um desafio efetuar um trabalho tão complexo com poucos recursos humanos, materiais e estrutura. A falta de estrutura é considerada como algo que possui impacto direto na qualidade da assistência, e é exemplificada pela falta de salas para efetuar atendimentos (tanto em grupo quanto individuais); demora para repor materiais para atividades e oficinas, que se desgastam com o uso (então ter que improvisar com reciclagem ou doações); a demora na reposição da equipe, com o desfalque na mesma e sobrecarga dos profissionais.

Junto à essa questão, as participantes também ressaltaram a desvalorização do trabalho em Saúde Pública, que percorre desde a falta de interesse de graduandos pela área, até falas e impressões de seus próprios familiares, que muitas vezes não prezam a escolha profissional delas de trabalhar ali; segundo elas, a sociedade considera o serviço público como um trabalho “menor”, menos qualificado, “para atender de qualquer jeito, a uma população qualquer, uma população pobre”; e, se fosse mais remunerado, se tivesse uma visibilidade maior, a sua prática também seria mais reconhecida: “Eu acho que se fosse bem remunerado, tivesse uma visibilidade, se fosse valorizado socialmente, seria outra história. Então a gente entra no que acontece no Sistema todo, né? O Sistema é muito mal visto. Então nós profissionais somos muito mal vistos também”.

O discurso da mídia, presente nas principais emissoras e jornais do país, também tem muita relevância nesse ponto: o estudo de Silva e Rasera (2013) analisa o discurso de desqualificação do SUS e a influência do estilo jornalístico sobre a imagem da população a respeito desse Sistema, a partir da análise de notícias selecionadas (de jornais com grande circulação nacional). Parte-se do conceito de que a mídia não atua para promover pensamento crítico, a compreensão da população a respeito do SUS, e tampouco o exercício do controle social-mecanismo democrático de participação popular nos espaços de implantação e

implementação das políticas de saúde (por meio dos conselhos e das conferências de saúde), tido como um direito dos cidadãos.

Essa atuação proporciona uma cobertura tendenciosa, que destaca os problemas do Sistema e as crises, não tendo espaço para os feitos positivos e conquistas do SUS, buscando sempre o “furo jornalístico” (MARQUES, 2009). Assim, a mídia atua como transmissora da opinião descontextualizada e depreciativa dos serviços públicos, entre eles o de saúde, e a despolitização dos usuários, dificultando a apropriação da sociedade a respeito do SUS- em sua proposta e sua história- e, portanto, a implementação do mesmo.

Outra dificuldade listada é a especificidade de cada território, que, na prática profissional, surge como uma questão importante no manejo do cuidado a ser ofertado em cada região: uma das participantes cita a diferença de atuação entre a Zona Leste- marcada por sua história de movimentação social e engajamento popular na própria formação do SUS- local no qual os grupos terapêuticos costumavam ser cheios, com 30/40 participantes, e a UBS movimentada; e a região de Parelheiros, que possui outras características, como um olhar desconfiado, por parte da população, dos aparelhos ofertados pelo governo, e a concentração de tribos indígenas, com menor circulação por outros espaços da cidade- com pouco uso de transporte público e casas muito distantes da UBS, de forma que as atividades de Saúde eram realizadas, em grande parte, no próprio território.

O trabalho em equipe é outro desafio listado, pois, apesar de trazer uma abertura para a troca de conhecimentos e para o encontro de diferentes pontos de vista profissionais, também envolve o esforço constante de se relacionar com o coletivo, de tomar decisões levando em conta diversas opiniões (às vezes até opostas)- disposições que requerem tempo e presença:

Trabalhar em equipe também é um desafio; porque é instigante, é muito difícil... Várias vezes eu pensava: “nossa, que vontade de sentar só eu numa sala, decidir tudo e começar a fazer!” (risos), porque trabalho em equipe é isso, decidir em conjunto, e aí um não concorda, e não decide-se nada, decide depois. As coisas vão num ritmo mais lento e dá uma certa preguiça. Mas depois que você vê o resultado de uma coisa que foi construída coletivamente, é outra história! (PL)

Na relação com as equipes, um desafio pontuado é a falta de valorização e apoio dos NASFs, dentro da própria Atenção Básica, com a sensação de estar

apoiando equipes, mas sendo pouco apoiado: o NASF, segundo a fala das participantes, não tem um lugar bem definido- tanto um espaço físico quanto de reconhecimento das equipes- sendo colocado no lugar de que “só discute caso”, que não faz nada, não atende ninguém: “Para você ter ideia, quando eu estava como psicóloga, a gente tinha um apelido! Que é “Nunca Atendo Sua Família”, da sigla NASF”. Essa opinião deriva da expectativa das equipes de que elas atendessem toda a fila de espera e os encaminhamentos realizados- a sustentação de uma lógica que distorce a proposta de trabalho do NASF.

Para as participantes, tanto as equipes quanto os usuários estão acostumados com uma Psicologia tradicional, que atua a partir do atendimento sistemático e individual, não havendo tanto abertura para práticas como grupos terapêuticos, vivências comunitárias, debates ampliados com a equipe, que muitas vezes são colocadas no lugar de “algo para dar conta da demanda”, e não como uma escolha com bases teóricas, que leva em conta a complexidade clínica dos casos e os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), discutidos em reuniões.

Para uma das participantes, os profissionais do NASF têm um “prazo de validade”, pois o trabalho realizado por eles é muito difícil, englobando questões do sofrimento e adoecimento mental em uma esfera muito próxima, com a entrada no território daquele usuário, daquela família, conhecendo a casa e as dinâmicas deles. Sua fala carrega o impacto da rotina de trabalho e de contato com as questões do sofrimento mental na Saúde do Trabalhador:

Trabalhar na Atenção Básica aproxima a gente muito das realidades cotidianas da vulnerabilidade, das questões sociais envolvidas no sofrimento mental... Na Atenção Básica você conhece a casa das pessoas, os outros familiares, você vê quais são as condições de vida, de moradia, de trabalho. Isso tudo interfere na saúde mental! (JQ)

É necessário direcionar um olhar crítico sobre a formulação das Políticas Públicas voltadas à saúde mental do trabalhador, visando o combate preventivo da ocorrência de danos na esfera do trabalho, apontando práticas de trabalho que geram adoecimento e no qual o Estado possui o dever de intervir diretamente como fiscal:

(...) acredita-se que é preciso refletir sobre a formulação de Políticas Públicas especiais para a saúde mental do trabalhador, o que pode de fato ser capaz de combater,

através da via preventiva, a ocorrência de danos oriundos do trabalho. Com essa proposta, o Estado deve intervir diretamente na prevenção dos danos, fiscalizando, impondo medidas preventivas e programas de assistência aos trabalhadores, cabendo às Empresas a total aderência a um novo panorama de prevenção e o efetivo direcionamento ao ambiente de trabalho saudável, combatendo condutas já conhecidas que geram o adoecimento. De todo modo(...) caberá a esses trabalhadores a tormentosa missão de não desanimar e seguir em busca da proteção aos seus direitos na justiça, ainda que eventuais valores pecuniários sejam apenas eventuais e que não sejam capazes de restabelecer muitos dos danos sofridos. (ALBUQUERQUE, 2015, p. 120-121)

3.7- “É para isso que eu me formei”: os valores da prática psi no NASF

Apesar dos desafios enfrentados no trabalho enquanto psicólogas no NASF, as participantes apontam muitas riquezas e valores nessa prática; uma delas ressalta que o NASF teve o mérito de desindividualizar a Psicologia, propondo outros modos de trabalho, com uma prática coletiva, visando a ampliação da clínica, como os atendimentos compartilhados com discussão de caso em equipe.

Suas experiências indicam que não são todas as pessoas que se enquadram no modelo de atendimento tradicional, semanal, com horário marcado no consultório, e é muito importante construir e dar espaço para outras práticas e formas de atuação que garantam o acesso à saúde dessas pessoas. Uma das falas se refere à não-identificação com a postura da psicóloga tradicional, enxergando, como psicóloga da rede do SUS, para além da possibilidade de atendimentos clínicos mais especializados, uma atuação que visa um trabalho educativo, de orientação, estimulação e prevenção. Para isso, é ressaltada a importância para uma construção horizontal com os usuários, com a participação ativa do usuário na construção do cuidado em saúde- o que pode ser compreendido como a “humanização”, um dos princípios do NASF:

Entendida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde. É efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir da experiência concreta do trabalhador e do usuário num campo do trabalho concreto e, nesse caso, o usuário deve ser entendido como cidadão em todas suas dimensões e redes

de relações. Implica apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida de todos e qualquer um. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 21)

Além disso, a prática multidisciplinar, com trocas entre as diferentes áreas da saúde, é acentuada como algo muito fértil, que gera um ambiente de aprendizado e construção coletiva, com um olhar integral sobre a saúde. No Caderno da Atenção Básica (2009), a prática dos atendimentos compartilhados e interdisciplinares é situada como a principal forma de trabalho do NASF, sendo apontadas muitas vantagens para os profissionais envolvidos e suas práticas:

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 9)

Nesse ponto, a Saúde da Família é citada como algo “revolucionário”- ao enfrentar a especialidade da clínica biomédica, sem retirar a figura do médico (que também tem um saber importante), mas criando uma nova figura: o médico da Saúde da Família, trabalhando em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o enfermeiro; e propondo um olhar que vai para além do indivíduo, que se estende para toda a família da qual ele faz parte.

Dentro das equipes multidisciplinares, a figura da psicóloga é muito valorizada, contribuindo com habilidades de acolhimento e vínculo; tal posição, segundo as participantes, pode levar tanto a uma sobrecarga desse profissional dentro da equipe e um foco na especialidade- como se só a psicóloga fosse apta a vincular e acolher os usuários, em casos de Saúde Mental- quanto a uma troca importante com os outros profissionais, que podem se fortalecer com os conhecimentos da Psicologia para também atuar nesses casos, ampliando sua prática. Para possibilitar essa troca e o amparo entre profissionais, o espaço das reuniões de equipe é muito valorizado na fala de todas as participantes, como um espaço de elaboração das práticas e formação profissional.

Na pesquisa realizada por Klein (2015) com psicólogos que atuam no NASF para as Equipes da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo, a troca de saberes profissionais foi ressaltada como um dos principais pontos do matriciamento, mas, ao mesmo tempo, como um grande desafio, devido às diferentes concepções sobre a sua proposta e a predominância da lógica da assistência específica e da hierarquia entre os saberes:

Apesar da importância dada à troca de saber na definição do matriciamento pelos profissionais estudados, o Apoio Matricial foi compreendido contraditoriamente quase como sinônimo de capacitação por muitos entrevistados, como se o objetivo do matriciamento fosse prioritariamente ensinar aos outros especificidades de seu núcleo de competência. Há uma compreensão de que a EqSF poderia absorver a assistência específica de todas as profissões e executá-las, mas, ao mesmo tempo, há dúvidas e desconfianças sobre a possibilidade de isso acontecer. (...) Detectou-se muitas vezes uma relação de "superioridade técnica" dos profissionais do NASF em relação à EqSF, o que contraria a adesão à proposta de "troca de saber", que privilegiaria a horizontalidade entre os profissionais. (KLEIN, 2015, p. 132)

Para Iglesias e Avellar (2016), a atuação dos psicólogos da Atenção Básica varia de acordo com a compreensão compartilhada da proposta do matriciamento entre os profissionais, podendo tanto colaborar para a manutenção de uma prática hierárquica e ambulatorial, focada na especificidade da psicóloga, quanto voltada à integralidade, ao compartilhamento e troca dos saberes em Saúde Mental:

Aqueles psicólogos que, juntamente aos demais profissionais, trouxeram, por exemplo, a concepção de que o matriciamento é uma prática baseada em relações de cobranças e hierarquias, sustentaram uma atuação voltada unicamente ao atendimento ambulatorial em Psicologia, de modo que o psicólogo se manteve quase que exclusivamente responsável pelo cuidado em saúde mental. Por outro lado, aqueles que compartilharam da concepção de que o apoio matricial refere-se ao compartilhamento de saberes e práticas em saúde mental, conseguiram construir uma atuação integrativa a partir de parcerias firmadas para um cuidado mais integral. (IGLESIAS; AVELLAR, 2016, p. 13)

Uma das entrevistadas, ao descrever práticas ampliadas de saúde, cita como exemplo um grupo de adolescentes que ela realizava com a educadora física, baseado na apropriação dos espaços públicos da cidade. Ela defende a prática desse grupo como uma prática de saúde, apesar de não ser tão convencional, pois,

levando em conta os atravessamentos econômicos, políticos e sociais que compõem a esfera da saúde, acessar o direito aos espaços e transportes públicos, circular pela cidade e por espaços que não são acessíveis por grande parte da população- devido aos preconceitos de raça e classe social- é um ato terapêutico:

Ter acesso aos espaços públicos, que eles não têm. A maior parte dos casos é isso. Não tem nada a ver com um adoecimento psíquico de uma doença; a maior parte das questões vem de um sofrimento relacionado a viver nesse mundo “que não eu não tenho acesso a muitas coisas, onde pessoas têm privilégios e eu não, muito pelo contrário! Sou privado de minhas necessidades e interesses”. Aí era trabalhar isso: como ajudamos essas pessoas a acessarem, lutarem perante aos seus direitos. (PL)

Ao mesmo tempo, é possível ressaltar a importância de grupos e atividades que potencializam outros espaços para além da UBS, com a apropriação dos espaços de cultura e de convivência da própria comunidade. Ferrer (2012) aponta o gosto por alguns usuários sobre os grupos realizados em CECCOS e outros espaços da comunidade, para além da UBS; eles consideram que essas atividades compõem seu tratamento- em suas avaliações, com um valor terapêutico maior do que o uso das medicações.

Muitas vezes as profissionais enfrentam situações de descrédito frente às suas práticas, como se fossem “menos psicólogas” por atuarem de uma forma distante da atuação tradicional, por parte de profissionais da equipe e dos usuários. No entanto, ao longo dos anos de inserção do NASF, e da aproximação dessa forma de cuidado, nota-se a desconstrução de tais lógicas e o crescimento de uma familiaridade com o NASF:

O legal, que até é mais fácil para o próprio usuário, é que quando ele experimenta, e passa por isso, ele sente, e aí ele entende o porquê daquele tipo de investimento, e não de outro. É isso, os profissionais que começam a fazer experiências compartilhadas comigo também começam a se contaminar por essa experiência. (PY)

A inserção e o desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde, assim, quebra paradigmas e aponta para novas concepções de saúde- e novos desafios- o que necessariamente têm impacto para a formação, tensionando-a para se adaptar

e preparar o aluno para, dentro de uma formação mais ampla, também se aproximar da Saúde Pública.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender a inserção das psicólogas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os seus impactos para formação em Psicologia. Por meio dele foi possível, também, traçar os principais desafios e mudanças presentes na prática da atuação nos Núcleos de Assistência da Família, além de revisitar a história da Psicologia e sua inserção nas Políticas Públicas.

É importante destacar que esse estudo não teve como objetivo analisar a estrutura dos NASF, suas configurações e modalidades. Optou-se por reconhecer o estabelecido pelo Ministério da Saúde e, também, considerar que existem vários arranjos possíveis. A partir daí, foi estabelecido um diálogo com a atuação das psicólogas.

Os relatos apresentados pelas profissionais entrevistadas, formadas em Psicologia nos anos 2005, revelaram um ensino de graduação predominantemente voltado à clínica individual, que não trouxe amparos suficientes para a inserção na Saúde Pública, tampouco nas Políticas Públicas em geral. Essa condição remonta os estudos iniciais da Psicologia no Brasil e sua regulamentação- período no qual foram desencadeados sólidos movimentos críticos a esses modelos, com forte valorização do olhar para realidade da população brasileira. Mantém-se atual a crítica à formação em Psicologia, ainda distante das necessidades da população.

Para superar as carências da formação, as profissionais buscaram espaços posteriores à Universidade, como cursos da Educação Permanente, aprimoramentos e residências profissionais, além do aprendizado adquirido na prática em Saúde Pública, nas equipes multidisciplinares. Foi ressaltada a importância de manter a articulação constante entre a prática e a teoria, dentro de espaços de formação e estudo, estando este em constante revisão e construção.

Apenas uma entrevistada teve uma vivência relevante de Saúde Pública no contexto da graduação - o que ela ressalta como decisivo para sua formação e atuação profissional. Fica evidente a urgência de a Psicologia revisitar suas Diretrizes Curriculares e se aproximar cada vez mais do campo das Políticas Públicas, como uma forma de politizar a atuação profissional, desenvolvendo um papel crítico e político, que considera o contexto social e histórico que a compõe- e é composto por ela.

É possível reconhecer historicamente o esforço para criar um novo campo e uma nova identidade profissional para a Psicologia privilegiando a análise do contexto social. A emergência do SUS, fruto da participação de profissionais e da população, constituiu um novo campo de prática e saber para a Psicologia e demais áreas da atuação. Nesse sentido, as participantes apresentam o NASF como um novo lugar de atuação da Psicologia, um novo mercado de trabalho e espaço para a construção de novas práticas e formas de atuação, com uma “outra pegada!”- fala de uma das entrevistadas que explicita a ruptura com os modelos hegemônicos dos núcleos profissionais, do cuidado em saúde tradicional e corporativo-centrados, e nos coloca que o mundo do trabalho no SUS é uma escola.

É importante ressaltar que a construção do NASF não se deu de forma auto-suficiente ou isolada do contexto histórico no qual se inseriu: sua estruturação fez parte de um momento de efervescência e luta, remetendo à implementação do SUS, ao Movimento Sanitarista; à Reforma Psiquiátrica e à Luta Antimanicomial, que ampliaram as concepções de Saúde Mental, cujos princípios, estratégias e ferramentas inspiraram a reorganização das ações em saúde. Quanto às tecnologias de cuidado referidas pelas entrevistadas, novos dispositivos para a intervenção profissional foram apresentados: matriciamento, projetos terapêuticos singulares, clínica ampliada, acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados coexistindo com as atividades grupais, as reuniões de equipes e discussões de casos.

Se por um lado é possível construir novos dispositivos para a prática profissional, que desafiam as lógicas do saber específico na atuação em saúde e do olhar individual, por outro se convive com o estranhamento que as rupturas promovem. Por isso ainda se faz presente a demanda por atendimento individual e a desvalorização dos trabalhos do NASF, como se este fosse um trabalho menor, por não funcionar na mesma lógica biomédica e tradicional.

Os preconceitos presentes- produzidos inclusive pela grande mídia, que a partir de uma cobertura jornalística tendenciosa, distribui uma imagem do SUS descontextualizada e depreciativa- muitas vezes são desconstruídos ao longo do convívio com as equipes e no percurso do cuidado com os usuários, que vão se familiarizando com outras práticas.

Nesse sentido, verifica-se que o trabalho com a população e a participação dos movimentos sociais na luta pelo direito à saúde ampliam as possibilidades de

mudança nas concepções vigentes, pois refletem o movimento ativo na produção das formas de cuidado. Para as entrevistadas o atual desmonte das Políticas Públicas indica retrocessos na atenção à saúde e, em especial, em Saúde Mental, além de aumentar o medo do desemprego e a instabilidade, gerados pela terceirização dos serviços, ou seja, a precarização do trabalho. Consoante à história de estruturação do Sistema Único de Saúde, marcada pela mobilização social e pela militância, e, também, a trajetória de luta da Psicologia pela Saúde Mental e contra a cultura manicomial, pode-se considerar que:

Apesar desses graves retrocessos e dos riscos crescentes, os efeitos destes anos de livre e amoroso cuidado são indelévels e duradouros. Acesa e viva, mantém-se a nossa disposição de lutar contra tudo aquilo que é intolerável para a dignidade das pessoas e nefasto para o seu convívio enquanto iguais: a exploração e a ganância, o manicômio e a tortura, o autoritarismo e o Estado de exceção. Tecemos laços de afeto e de solidariedade que nos acolhem na dor e nos protegem no abandono - sustentando o delicado equilíbrio da esperança em nossos corações. Portanto, prosseguimos, com o mesmo empenho tenaz, na luta por uma sociedade sem manicômios. (CARTA DE BAURU, 2017, p. 2)

Em meio a desafios e resistência para manter em construção desse modelo de saúde, as profissionais entrevistadas valorizam as conquistas e as práticas desenvolvidas pelo NASF, reconhecendo a potência desse modelo de cuidado baseado nas práticas coletivas e preventivas; na clínica ampliada; na garantia universal ao acesso à saúde; no espaço para a construção horizontal do cuidado em saúde com o usuário; numa visão integral sobre a saúde; na apropriação dos espaços e serviços públicos da cidade como forma de saúde- por meio dos grupos realizados fora das imediações da UBS, como casas de cultura, CECCOS, passeios por parques e outros espaços públicos da cidade; nas práticas multidisciplinares.

Por último, evidencia-se que os pressupostos discutidos em relação à atuação das psicólogas no NASF podem ser considerados nas intervenções profissionais relacionadas às demais Políticas Públicas ou ações intersetoriais, tratando-se de reconhecer cada intervenção como promotora de saúde. Assim, é possível, a partir ampliação das possibilidades de atuação profissional da Psicologia, repensar sua prática em suas diversas áreas, para além da saúde, de forma a construir uma Psicologia cada vez mais integrada com sua realidade social.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 222-245, Jun. 2006.

ALBUQUERQUE, T. R. L. D'. **Direito à saúde mental em ambientes de trabalho: Um estudo sobre a proteção jurídica do trabalhador.** Salvador. 2015. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2015.

ANTUNES, R.. A sociedade da terceirização total. **Abet**, Brasil, v. 14, n. 1, p.1-14, jan. 2015. Semestral.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 21-25, agosto de 2005.

BOCK, A. M. B. **Aventura do Barão de Münchhausen na Psicologia.** São Paulo: EDUC Cortez, 1999.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providência. **Diário Oficial da União**, Brasília: Distrito Federal, 20 set 1990. Disponível em :
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> acessado em 18 de novembro de 2017.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf. **Diário Oficial da União**, Brasília: Distrito Federal, 25 jan 2008. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il.– (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n.27).

Disponível em:

<<http://www.crsp.org/fotos/pdf-2015-11-05-16-07-30.pdf>> acessado em 18 de novembro de 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Distrito Federal, 22 out 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> acessado em 18 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CAROTTA, F. **Educação permanente em saúde: uma estratégia de formação dos trabalhadores do SUS**. In. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27). p. 34-36.

CARPINTÉRO, M. C. **Implantação dos NASF e gestão municipal de saúde**. In. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27). p. 15-18.

CASTILHO, A. de; CABRAL, M.. A Psicologia no Brasil (1950). In: ANTUNES, M. A. M.. **História da Psicologia no Brasil: Primeiros ensaios**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2004. p. 33-70.

COIMBRA, C. M. B. **Guardiães da Ordem: Uma viagem para as práticas psi no "Brasil do Milagre"**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995. 202 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Carta de Bauru (30 anos). 2017. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>.

Acesso em 08 de junho de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (org.). **NASF – Núcleo de Apoio à Saúde de Família**. São Paulo: CRP/SP, 2009. 40f.; (Cadernos Temático 7). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nas_f.pdf> acessado em 18 de novembro de 2017.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, Dec. 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso> acessado em 16 de maio de 2017.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 390-403, jun. 2010. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013&lng=pt&nrm=iso> acessado em 16 de maio de 2017.

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

FERRER, A.L. **A Saúde Mental na Atenção Básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização**. Universidade Estadual de Campinas, SP, 2012.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.4, p.965-971. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>> Acessado em: 22 de maio de 2018.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Portal da Transparência**: Organizações

Sociais. Disponível em: <<http://www.transparencia.sp.gov.br/organizacoes.html>> acessado em 25 de maio de 2018.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental. 2016. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 36, n. 2, p.364-379.

KLEIN, A.P. **Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo no NASF no município de São Paulo**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

LHULLIER, L. A. (organizadora). **Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho**. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 157p.

LO BIANCO, A.C.; BASTOS, A.V.; NUNES, M.L.; SILVA, R.C. Concepções e atividades emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação. In: ACHAR, R. **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 7-80.

MARQUES, M.B. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. **Saúde em Debate**, vol. 33, n. 81, 2009. p. 56-63.

MATOS, D.; ALFONSO, D. O racismo como pilar estruturante da formação do Brasil. In: MATOS, Daniel; ALFONSO, Daniel. **Questão negra, marxismo e classe operária no Brasil**. São Paulo: Edições Iskra, 2013. p. 73- 77.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia**. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO.

Constituição (2004). Distrito Federal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990. 10 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde- SUS: Você sabe o que é o VER-SUS?**. 2015. Disponível em:
<<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1212-sqtes-p/versus/l1-versus/21129-versus>> Acessado em 28 mai 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS**. Disponível em:
<<http://portals.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acessado em 25 mai 2018.

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. **TransForm. Psicol. (Online)**, São Paulo , v. 2, n. 2, p. 51-64, 2009 . Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-106X2009000200003&lng=pt&nrm=iso> acessado em 05 maio 2017.

NASCIMENTO, L. S. **O Psicólogo no SUS: a interface formação-atuação na Atenção Básica**. 2010. 83 f. Trabalho de Conclusão de Curso- Psicologia, Pontifícia Universidade Católica- SP, São Paulo, 2010.

NETTO, S. P. A Psicologia no Brasil (1981). In: ANTUNES, M. A. M. **História da Psicologia no Brasil: Primeiros ensaios**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2004. p. 139-176.

PESSOTTI, I. Dados para uma história da Psicologia no Brasil (1975). In: ANTUNES, M. A. M. **História da Psicologia no Brasil: Primeiros ensaios**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2004. p. 121-138.

REY, G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação**. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SILVA, G. M.; RASERA, E. F. **A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo**. Hist. cienc. saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 61-76, Mar. 2014 .

SPINK, M. J. P. et al (Org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. Brasil: Associação Brasileira de Ensino de Psicologia e Ministério da Saúde, 2006. 98 p. Disponível em: <file:///C:/Users/ra00146988/Downloads/PsicologiaemDialogoSUS2006.pdf>.

Acessado em 02 de junho de 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, SP: Atlas, 1987.

ANEXOS**Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, _____, RG _____, aceito voluntariamente participar da pesquisa, desenvolvida por Naima Kimachi Novaes de Neufville Penicaut, estudante do Curso de Psicologia da PUC SP.

Autorizo a utilização das informações por mim fornecidas por meio de uma gravação e transcrição da mesma. Estou ciente de que dados que permitam minha identificação serão omitidos a fim de garantir meu anonimato. Tenho ciência também de que posso encerrar minha participação na pesquisa a qualquer momento.

São Paulo, ____ de _____ de 2018.

Assinatura

Assinatura do Pesquisador

Anexo 2: Roteiro da entrevista

PERFIL DA(O) ENTREVISTADA (O)

Nome:

Gênero:

Idade:

Raça/cor:

Estado civil:

Escolaridade:

Formação:

Tempo de formação:

Universidade:

Cidade de residência:

Local/cidade de atuação:

Tempo de atuação no NASF:

É a primeira atuação no NASF? E no sus?

1) Antes de realizar focar a conversação nos temas disparadores, perguntar um pouco a respeito da pessoa:

Quem é? Com o que trabalha? Desde quando trabalha no NASF? Qual foi sua formação?

2) Utilizando o roteiro não como um questionário, mas como um disparador de possíveis assuntos dentro do tema, para a conversação, abordar os seguintes pontos:

- Resgate de sua formação (graduação) em saúde: qual foi o enfoque? Houve algum preparo para a atuação na Saúde Pública?
- Aproximação do trabalho na Saúde Pública: como se deu, em sua formação? Quais foram os atrativos/motivos/disparadores para trabalhar no SUS?
- Trabalhar no SUS: dificuldades e desafios.
- Houve a necessidade de alguma formação para se situar na forma de atuação em saúde do SUS?
- Como a formação em Psicologia se deu diante a essa atuação? Ajudou de alguma forma? Dificultou a atuação no SUS?

- A atuação no NASF acrescentou em sua formação como psicóloga(o)? De que maneira?
- A inserção no SUS teve efeitos para a categoria profissional das (os) psicólogas(os)?
- Existem ferramentas para a ampliação da formação do olhar mais amplo da atuação em saúde. Você conhece alguma? Vê importância nelas?
- Quais são os referenciais teóricos que baseiam sua atuação?