

ATUAÇÃO DO (A) PSICOLOGO (A) NA EQUIPE DO NASF DOS MUNICÍPIOS DA AMUREL ¹

Lenir Pirola ²
Valdenir Martins de Oliveira³

RESUMO

Esta pesquisa buscou conhecer a atuação do psicólogo (a) que atua no NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) em cinco municípios da AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna) com população superior a 20.000 habitantes. Trata-se de uma pesquisa exploratória com entrevista estruturada, da qual participaram oito psicólogos. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas e submetidas a análise de conteúdo. Os resultados mostram que os psicólogos (as) entrevistados e que prestam seus serviços no NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) estão cumprindo parcialmente seu papel de apoiar, capacitar, organizar e buscar a interdisciplinariedade, para atender as equipes de Saúde da Família. Verificou-se que as atividades realizadas pelos psicólogos (as) que participaram da pesquisa, estão parcialmente em consonância com as ações previstas nas normas e leis que criaram o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e que alinham as ações a serem realizadas, para melhor atender a população brasileira, em saúde mental. As atividades realizadas são inúmeras, visto a demanda dos territórios atendidos e das equipes da ESFS. Existem trabalhos coletivos, interdisciplinares e de apoio as equipes da ESFs tal como previsto nas funções que o NASF deve desempenhar. Porém existem ações sendo realizadas que não estão previstas nas normas e leis do NASF, tais como atendimentos clínico individuais, avaliação psicológica, triagem, orientação e avaliação psicológica.

Palavras Chave: Estratégia saúde da família, NASF, Psicólogo.

¹ Artigo apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – como requisito parcial à obtenção do título de psicóloga.

² Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – 10º semestre de 2017A.

³ Professor mestre orientador do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

1 APRESENTAÇÃO

O profissional de psicologia na Política Pública de Saúde, segundo Spink et al (2007) deve estar inserido na saúde coletiva onde pode desempenhar tarefas ligadas ao planejamento e gestão do trabalho, nas quais todos os profissionais de saúde devem estar envolvidos.

Já dentro do NASF o profissional da psicologia segundo Silva e et al (1992), se destaca por entender as questões de saúde na interface entre o social e o coletivo, pois ele tem conhecimento do conceito de saúde em vigor e por representar a superação de enfoques centrados no indivíduo abstrato, tão frequentes nas ciências biológicas.

Nesta perspectiva este estudo justificou-se, na medida em que buscou entender o papel do profissional de psicologia no NASF, no atual momento da psicologia no país e possibilitou ter subsídios para compreender o novo modelo de saúde pública.

Justificou-se também, por se propor a trazer subsídios para reflexões acerca da formação acadêmica e se esta prepara o profissional para atividade coletiva, de coordenação e para atividades multidisciplinares, atividades estas fundamentais no atual cotidiano do profissional de Psicologia do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Conhecer a atuação e as dificuldades enfrentadas pelo psicólogo (a) no NASF, terá importância para a academia, possibilitando uma descrição desta realidade, fomentando o processo de qualificação desses profissionais, pois poucos são os estudos da atuação do psicólogo (a) no sistema de saúde coletiva. Por fim este estudo se fez relevante, pois irá somar as produções já existentes relativas a temática, sendo que as produções relativas ao NASF tem se avolumado, mas especificamente ao papel do psicólogo (a) ainda são escassas.

Este estudo se propôs conhecer qual a atuação do psicólogo (a) que compõe a equipe do NASF dos municípios da Região da AMUREL com população superior a 20.000 habitantes. Tendo como objetivo geral conhecer a atuação destes psicólogos, suas atividades, como ele se integra a equipe multidisciplinar e como ele exerce suas funções na atenção básica relacionando-a como previsto nas normas.

2 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Portal do Ministério da Saúde (BRASIL 2015), informa que o sistema de saúde pública no Brasil tem duas fases bem distintas, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o marco divisor. Antes da reforma sanitária e da criação do SUS em 1988, o acesso a saúde era restrito a uma pequena parcela da população, que contribuía através de um seguro social para ter o benefício. O caráter de atendimento era preventivo e curativo, e muito raro acontecia a assistência à saúde, para doenças específicas ou de grupos populacionais.

Segundo o Ministério da Saúde (2015) com a instituição do SUS é que a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Com a descentralização da política de saúde para ser administrada por estados e municípios, com serviços comprometidos pela reforma que garantia direito universal e integral à saúde. Ainda de acordo com o Ministério acima citado, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988, que assim define o SUS:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2015).

Nesta perspectiva o SUS é a materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada constituição cidadã, que considera a saúde um “Direito de cidadania e um dever do Estado”.

2.2 HISTÓRICO, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

A difusão do movimento de Promoção da Saúde no Brasil veio marcado pela implementação de propostas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, especialmente a construção do SUS, com a formulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações dos serviços de saúde nas três esferas da administração, federal, estadual e municipal. (TEIXEIRA; SOLLA 2006).

O atendimento à saúde no Brasil na década de 80 e anterior a ela era bastante precário e privilegiava apenas alguns grupos, havendo assim sérios problemas de saúde pública. Assim, diante da necessidade de implementação de um sistema que conseguisse

melhorar a qualidade de atendimento à saúde da população brasileira, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Previsto na Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988 que assim apresenta em seu artigo 196 os direitos a saúde da população brasileira: ‘Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, recuperação.’ (REVISTA DOS TRIBUNAIS, 2015 p. 122).

Para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, muitos estudos foram realizados, por diversas Universidades e vários autores. Entre as diretrizes políticas consolidadas pela nova Constituição no cenário nacional estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde.

De acordo com o ABC do SUS (BRASIL, 1990), o que levou os constituintes a proporem essa transformação foi o consenso, na sociedade, quanto à total inadequação do sistema de saúde vigente, caracterizado por vários aspectos. Entre eles: um quadro de doenças de todos os tipos e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão; irracionalidade e desintegração das unidades de saúde; excessiva centralização das decisões, sendo estas tomadas em Brasília. Havia uma superposição de ações, insatisfação dos profissionais da área da saúde, insatisfação da população com os profissionais da saúde, pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, baixa qualidade dos serviços oferecidos, sem a participação da população na formulação e gestão das políticas, sem critérios e transparência dos gastos públicos, sem acompanhamento, controle e avaliação dos serviços.

À partir desse diagnóstico e de experiências isoladas ou parciais acumuladas ao longo dos anos, e especialmente baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu pela primeira vez de forma relevante, uma seção sobre a saúde, que assim definiu o conceito mais amplo do que é saúde:

Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1988)

A constituição de 1988 também legitimou o direito de todos, a assistência de saúde integral e colocou como um dever do Governo, ou seja, do poder público.

Finalmente “a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários”. (BRASIL 1988 p. 4).

Conforme Teixeira e Solla (2006), o Sistema Único de Saúde entre os seus temas centrais incluiu a mudança do modelo de atenção de modo a se concretizar os princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado em saúde da população brasileira.

Para Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde (APS) é um conjunto de conhecimentos e procedimentos com intervenção ampla buscando efeitos positivos na qualidade de vida da população.

Os princípios do SUS são Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, e de acordo com a cartilha ABC do SUS (1990) universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, e acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como os contratados pelo poder público, sendo a saúde direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal. A equidade assegura ações e serviços de todos os níveis para todo cidadão sem privilégios e sem barreiras. Sobre integralidade aponta que “O homem é um ser integral, bio-psico-social e portanto deve ser atendido em saúde de forma integral”. Coloca ainda como princípios de organização: a regionalização e a hierarquização. (BRASIL 1990).

2.3 ESTRUTURA ORGANIZATIVA DO SUS

2.3.1 Atenção Primária

A Atenção Primária em Saúde está localizada nos mais diversos municípios da federação, e tem por objetivo atender a população o mais próximo do local onde reside, trabalha ou estuda, nas formas curativas e preventivas, e fazer a avaliação de saúde do indivíduo.

No Caderno de Atenção Básica nº 27 (2010) cita que: a Atenção Primária em Saúde representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação e da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São

assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

Cada cidadão deve ser atendido no SUS em sua integralidade, pois sendo ele um todo indivisível deve ter acesso as ações de promoção, proteção e recuperação. “O homem é um ser integral, bio-psico-social e portanto deve ser atendido em saúde de forma integral”. (BRASIL 1988).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ou também atenção Primária, é resultado da experiência acumulada por vários estudiosos do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles citamos os movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores públicos das três esferas de governo. (BRASIL 2010, p.9).

O NASF como núcleo de apoio a atenção primária, é um núcleo com vários profissionais de saúde, que tem como finalidade, apoiar, capacitar e auxiliar a equipe de saúde da família em um território. É também o ponto de apoio da ESF, e a estratégia de solução de até 80% dos problemas de saúde na base onde ocorrem. “A atenção básica em saúde é a entrada do paciente no sistema único de saúde (SUS), onde ele é atendido e se necessário encaminhado para atendimento em outras instâncias.” (BRASIL 2010 p. 7)

2.3.2 Estratégia Saúde da Família e o NASF – Princípios, Estrutura e Profissionais Previstos

A Estratégia de Saúde da Família veio para dar melhor atendimento em saúde direto às famílias do território onde está inserida.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS se caracteriza como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. (Caderno de Atenção Básica BRASIL – 2010, p 7).

A propósito de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização foi criado o NASF.

O NASF foi criado pela lei: GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010). Posteriormente a GM 154 foi suprimida e o NASF passa a ficar regulamentado

pela PORTARIA 2.488 de 21 de outubro de 2011. No seu artigo 2º a citada Portaria diz que o NASF será constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que deverão atuar em parceria com as Equipes de Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios.

Portanto o NASF segundo o caderno de Atenção Básica (BRASIL 2010), está classificado em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, sendo que o 1 deverá ser composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior cujas ocupações do Código Brasileiro de Ocupações CBO são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Cabendo ao gestor municipal, juntamente com a equipe de Saúde da Família, a definição de quais profissionais comporão a equipe do NASF no município, baseado sempre nos problemas de saúde existentes e a gestão de todo o trabalho de atenção a saúde dos seus habitantes. O NASF 1 deverá atender de 5 a 9 equipes vinculadas. O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior entre eles: o Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. O NASF 2 deve atender de 3 a 4 equipe de Saúde da Família.

O grupo de psicólogos entrevistados são do NASF 1, visto que as equipes vinculadas são de 05 a 10 equipes de Estratégia de Saúde da família.

O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) é uma equipe referência dentro do território, responsável pela organização, capacitação e bom funcionamento do sistema de saúde. E tem o papel de dar suporte e apoio as demais equipes.

É no município que se programa, executa e avalia as ações de saúde, e também onde o gestor e sua equipe decidem como as ações serão realizadas para melhor atender a população. A nível estadual cabe mais especificamente ao secretário estadual de saúde, a gestão estadual, e a coordenação das ações da saúde do seu estado. Ao gestor federal compete a missão de liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a nível nacional. Deve também avaliar os riscos e necessidades de cada região brasileira e garantir a qualidade de vida à população, formulando, coordenando e controlando.

Ao psicólogo (a) que faz parte da equipe do NASF cabe a função de: coordenar, organizar, atender coletivamente usuários e escutar as equipes. O bom funcionamento de todos estes arranjos são responsabilidades das três esferas de governo

Federal, Estadual e Municipal. Nenhuma delas pode falhar se o objetivo fim é atender bem toda a população. Uma das estudiosas deste modelo Carmem F. Teixeira (2006), em um de seus escritos diz:

Em cada uma dessas esferas pode-se construir o planejamento de como formular a política correspondente guardando porém a coerência entre elas. O Plano de Saúde, deve contemplar a análise da situação de saúde da população e do sistema de saúde, com os objetivos correspondentes a cada problema identificado e priorizado, a quem está vinculado e quem serão os responsáveis pela ação (TEIXEIRA e outros 2006 p. 24. 25)

Neste sentido, cabe aos gestores das três esferas, juntamente com suas equipes, fazer o planejamento bem como formular a políticas de atendimento para a sua população.

2.4 APOIO MATRICIAL

A equipe do NASF é uma equipe referência no trabalho dentro do território. É ela corresponsável, pela organização, capacitação e bom funcionamento do sistema de saúde, e pelo bom atendimento a população.

O Caderno de Atenção Básica (BRASIL 2010), aponta que para ser uma equipe de referência, a gerência precisa estar sendo feita apenas por uma coordenação comum dos trabalhos. Esta coordenação deverá incluir todos os profissionais das mais diversas especialidades, para uma melhor organização.

A equipe do NASF tem também o papel de dar suporte e apoio as demais equipes via apoio matricial. Conforme caderno de Atenção Básica (BRASIL 2010), quando falamos em “apoio matricial” que é a responsabilidade do NASF, estamos dizendo que a equipe matricial é aquela que dá suporte assistencial e técnico pedagógico, e vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe de saúde da família e outros. O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação e apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos.

Explicitar e negociar atividades e objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de SF e o trabalho em conjunto com elas; identificar as possíveis corresponsabilidades e parcerias; construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de impacto. A rigor, as equipes do NASF terão dois tipos de responsabilidades: sobre a população e sobre a equipe do SF. Seu

desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também por indicadores de resultado de sua ação na equipe (BRASIL, 2010, p. 13).

Cabe a equipe do NASF apoiar e compartilhar responsabilidades junto as demais equipes de atividades em saúde dentro do município.

2.5 INTERDISCIPLINARIEDADE

A primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade, fazendo-se necessário um treino na “arte de entender e esperar, um desenvolvimento no sentido da criação e da imaginação”. Interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, apenas vive-se e exerce-se. (FAZENDA; 1979)

Para a equipe do NASF a interdisciplinariedade, é um fator importante para o trabalho e no caderno de atenção básica assim é definida:

É o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto modos de relação entre sujeito e conhecimento. O prefixo “inter” indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço (BRASIL 2010, p. 18).

Cabe a todos os profissionais do NASF, buscar a integração de equipes, de usuários, da comunidade, enfim, de todos os que fazem parte do território. Pode a equipe escolher um coordenador para que junto aos demais possa fazer a integração entre as pessoas e os grupos e as ações de saúde do NASF no território.

2.6 CLÍNICA AMPLIADA

Para Nascimento e Oliveira (2010), na Atenção Básica, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família. Para isso acontecer, de forma diferente do atendimento feito anteriormente ao SUS, que era fragmentado, a construção de redes de atenção e cuidado, busca a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários. O NASF com uma equipe de apoio formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, é considerado a “retaguarda” das

equipes da ESF, que atua em conjunto com esses profissionais, integrando os saberes e práticas de saúde nos serviços de cada território.

Conforme ainda os autores acima citados (2010), a atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Diferente dos modelos assistenciais individualizados, o NASF busca a corresponsabilização e gestão integrada ao cuidado, compartilhando o atendimento e os projetos terapêuticos com o usuário envolvendo-o e considerando-o na sua singularidade.

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste no diálogo articulado conforme diferentes saberes para compreender melhor os processos de saúde e adoecimento. Aqui inclui-se os usuários como cidadãos participantes e capazes de elaboração de seu projeto terapêutico. A clínica é sempre uma interação entre sujeitos, ou melhor dizendo, com dois sujeitos (BRASIL, 2009).

O projeto terapêutico singular é entendido como um produto de discussão entre os profissionais que depois é compartilhado com os usuários, e as metas negociadas. Prevê ainda, que as necessidades dos usuários e as articulações entre os serviços de saúde e outros setores com políticas públicas que visam a promoção da saúde, e um agenciamento sócio-político-cultural-econômico, num plano de imanência. (BRASIL, 2009)

Para Dimenstein (1998) a entrada do psicólogo (a) nos espaços institucionais públicos no Brasil ocorre na década de 80, que devido a crise econômica provoca um desequilíbrio entre a oferta e procura por serviços de saúde.

Posteriormente com a reforma no modelo de atenção à saúde, consolidada com o SUS, a inserção dos psicólogos (as) foi ampliada para atuação na atenção primária. São eles (as) os (as) responsáveis por atividades preventivas na área de saúde mental. Sendo as Unidades Básicas de Saúde espaços para promoção da saúde o psicólogo (a) é capaz de criar dispositivos, buscar a autonomia dos usuários no exercício de uma cidadania crítica e transformadora. Isto porém é um desafio que vai depender do olhar atento dos processos de subjetivação atuantes, com as intervenções propostas pelos profissionais e comunidade. (BRASIL 2009).

Na atuação do psicólogo (a) com os demais profissionais do NASF bem como com as Equipes de Saúde da Família este vai propor uma conexão da saúde mental às

ações da saúde em geral, e o desenvolvimento conjunto de estratégias de promoção e cuidado à saúde.

2.7 PSICOLOGIA NO NASF

Muitos estudos realizados mostram que existem impasses entre a formação e a atuação dos psicólogos no Brasil: Citando Silva (1992) e Spink, (2003), vamos encontrar que a formação do psicólogo está voltada para o exercício autônomo e liberal da profissão dentro de consultórios particulares; modelo este absoluto até meados da década de 90, cujos efeitos estão presentes até hoje. Um deles é o da identificação do perfil do psicólogo com o de um profissional que atua na clínica. A partir da década de 80 com a inserção da psicologia na saúde pública e da mudança nos currículos de Psicologia com a nova resolução das Diretrizes Curriculares do Curso, novos elementos importantes deram início para desconstrução do modelo anterior, ainda que essa virada não se tenha feito de modo definitivo (FERREIRA NETO, 2010).

A atuação do psicólogo não pode reduzir-se à clínica tradicional, tendo como centro o indivíduo, com tratamentos demorados, não considerando o contexto sociocultural em que o paciente vive.

A Psicologia não pode jamais restringir-se e voltar-se apenas para atendimentos individuais em consultórios particulares, onde os tratamentos são prolongados e de alto custo, atendendo somente as classes mais favorecidas. Isso implica na padronização de seus instrumentos, métodos e técnicas, linguagem e valores em geral” (SILVA, 1992)

A relação Psicologia e Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser discutida sob a ótica dos princípios: integralidade, autonomia e co-responsabilidade e o da transversalidade, estando, no cruzamento prático desses princípios a mais genuína contribuição da Psicologia para o SUS. Nesse “trabalho vivo” (MERHY, 2002), o sujeito é percebido em sua totalidade e complexidade biopsicossocial dentro de uma rede interdisciplinar humanizada. O ser-fazer do psicólogo sob o prisma desses princípios é desafiador e complexo e suas perspectivas devem ser traçadas de modo ativo, histórico-dialético, crítico e sobretudo ético.

Outro fator que conta nessa discussão diz respeito à porta de entrada dos psicólogos no SUS associada à reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. A partir dessa porta de entrada a psicologia integralizou seu saber-fazer no contexto da saúde pública do Brasil. Para Dimenstein (1998) ainda que em relação aos médicos, maior força de trabalho de graduação superior na saúde, o contingente de psicólogos seja ainda pequeno, dados recentes contabilizam 14.407 psicólogos trabalhando no Sistema Único de Saúde – SUS, o que corresponde a 10% dos psicólogos registrados no Sistema Conselhos de Psicologia (SPINK, 2007). A partir deste número foi possível iniciar-se uma reflexão crítica do modelo de atuação reprodutivista do psicólogo, que via somente a saúde mental dentro do modelo reducionista da clínica clássica, liberal, curativa e individual.

A Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, preconiza a perspectiva da atenção psicossocial, percebendo a dimensão da pessoa com o conjunto de dimensões que adquiriu ao viver; ou seja, para a consecução da integralidade, não há de ser considerada a doença, mas a existência e o sofrimento, e isso requer que não haja centralidade do manejo clínico de nenhuma ordem. Deve-se conhecer que as dimensões simbólica e afetiva, articuladas e orgânicas, que derivam do contexto social, o qual é formado por outros indivíduos que têm sentimentos, corpos, inscrições e poder nas relações sociais em um determinado território (CFP, 2011)

Dentro do NASF uma das funções do psicólogo (a) é trabalhar a união da equipe além de buscar a integração com as demais equipes do território.

Segundo Spink (2007), em relação ao trabalho do psicólogo na Política Pública de Saúde, o psicólogo inserido na saúde coletiva pode desempenhar tarefas ligadas ao planejamento e gestão de trabalho, nas quais todos os profissionais de saúde devem estar envolvidos. Para o cumprimento dos objetivos da Política de Saúde Brasileira, Universalidade, Equidade e Integralidade, a ação do psicólogo na atenção à saúde mental é muito importante. As ações de saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constituem um modelo assistencial, cuja forma de intervenção no que diz respeito à saúde inclui a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde dos cidadãos. É o profissional de psicologia o responsável por várias ações dentro da Atenção Básica. Entre elas podemos citar: Matriciamento, organização, capacitação das equipes

da ESF, bom funcionamento do sistema de saúde dentro do território e por fim o bom atendimento coletivo a população.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada com 8 psicólogos que trabalham nos NASF de 5 municípios da Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL), com população superior a 20.000 habitantes conforme planejado. Tratou-se de uma amostra intencional onde foram entrevistados todos (as) os psicólogos (as) que atuam no NASF nos municípios de Braço do Norte, Capivari de Baixo, Imbituba, Laguna e Tubarão. As entrevistas foram realizadas no período de 20/04/2017 a 16/05/2017, no local de trabalho dos (as) psicólogos (as).

Quanto aos procedimentos classifica-se como uma pesquisa de campo, com entrevista semiestruturada, realizada no local de trabalho do psicólogo (a), conforme horário marcado com cada um deles. Foi realizado um roteiro de perguntas, para se obter respostas mais coordenadas e semelhantes em todas as entrevistas. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi solicitado também o consentimento de gravação das entrevistas.

Tratou-se ainda de uma pesquisa de natureza exploratória que possibilitou explorar e aprofundar alguns assuntos. Sendo uma pesquisa de campo, teve como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada, com um roteiro de perguntas, afim de obter respostas coordenadas e semelhantes em todas as entrevistas

A pesquisa teve natureza exploratória, pois, conforme Kocke (APUD MOTA E LEONEL 2011, p. 101), esta visa “desencadear um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se quer estudar”. O planejamento da pesquisa exploratória é bastante flexível e possibilita ao pesquisador explorar e aprofundar alguns assuntos que podem gerar discussões e ações práticas para o dia-a-dia do indivíduo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul, sob o protocolo CAAE 51949615.7.0000.5369.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. Os dados qualitativos foram sistematizados e categorizados por ordem de similaridade, sendo sua leitura sustentada na análise de conteúdo.

As categorias de análise foram determinadas “a posteriori”, a partir do processo de recorte das unidades de significação e análise, construindo-se as categorias iniciais e intermediárias, possibilitando-se então, determinar as categorias finais que foram objetos de discussão em termos de resultados.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Para a discussão dos resultados, os entrevistados foram identificados com letras e números indo de B1 até B8. Foram entrevistados oito psicólogos dos 5 municípios com população superior a 20.000 habitantes, da região da Associação dos municípios da região de Laguna (AMUREL). No quadro 1 apresentam-se informações quanto aos municípios participantes

Quadro 1: Identificação dos municípios participantes

MUNICÍPIOS	HABITANTES (IBGE) (2014)	Nº DE PSICÓLOGOS ENTREVISTADOS
Braço do Norte	29.018	01
Capivari de Baixo	21.689	02
Imbituba	40.200	01
Laguna	51.554	01
Tubarão	97.281	03
T O T A L	239.742	08

Fonte de Pesquisa IBGE, publicação em 24/10/2014. Atualizado em 30/10/2014

Dos 08 psicólogos entrevistados, em média cada um atende de 5 a 10 ESFs. Cabe salientar que os que atendem 10 ESFs vão uma vez a cada 15 dias em cada um deles. Porém a PORTARIA que criou o NASF, GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e depois a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 que incorpora o NASF na Política de Atenção Básica, define o nº de ESFs que cada NASF deva atender, indicando que cada NASF 1

realize suas atividades vinculado a no mínimo 8 (oito), e no máximo 15 (quinze) Equipes de Saúde da Família e o NASF 2 de no mínimo 3 e no máximo 7 Equipes de Saúde da Família.

Sobre o regime de trabalho dos psicólogos entrevistados, constatou-se o que segue no quadro abaixo.

Quadro 2: Regime de Trabalho

CATEGORIA	PROFISSIONAIS
Concursados	7
Terceirizados	1

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela pesquisadora junho 2017

No grupo de profissionais pesquisados um tem como contrato de trabalho a terceirização, os outros 7 são concursados e profissionais de carreira dentro das prefeituras, que com a implantação do NASF foram remanejados para exercerem suas funções dentro do NASF. Estes já vinham com um modo de atuação dentro da prefeitura. Houve então a necessidade de nova adaptação, afim de conseguirem trabalhar conforme as normas do NASF. Nem todos ainda estão conseguindo conforme relatado, realizar suas funções de forma mais coletiva, visto que os atendimentos individuais ainda permanecem.

Segundo o Portal do Ministério da saúde (2010) não existe uma definição, por parte do Ministério da Saúde sobre a forma de contrato dos profissionais que vão atuar nos NASFs. Cada município tem a liberdade de avaliar se faz um concurso ou um processo seletivo público, criando estratégias para evitar muita rotatividade dos profissionais nas equipes e de certa forma prejudicando o bom andamento do trabalho.

Quadro 3: Carga horária semanal

PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA
07	40
01	20

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela pesquisadora junho 2017

Dos 8 profissionais entrevistados, 7 cumprem 40 horas semanais de atividades no NASF. Apenas um dos profissionais entrevistado presta 20 horas semanais. Relativo à carga horária do profissional de 20 horas, identificou-se que isto ocorre porque a prefeitura optou por ter dois profissionais de 20 horas, porém até o momento a atual

administração ainda não fez o processo seletivo para contratar o segundo psicólogo. Sobre isso a PORTARIA 2.488 de 21 de outubro de 2011 diz que nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e cada ocupação considerada isoladamente deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas semanais, e os NASFs 1 e 2 deverão funcionar em horário de trabalho coincidente com o das Equipes de Saúde da Família e/ou equipe de educação básica.

O Ministério da Saúde (2008) diante do grande número de pessoas acometidas por transtornos mentais recomenda que nos núcleos de apoio a saúde da família deve sempre ter a presença de um profissional da área da saúde mental.

Na realidade dos NASF pesquisados os psicólogos relataram que a demanda de trabalho é sempre superior a sua capacidade de atendimento. Nesta mesma direção, constatou-se que em três dos municípios pesquisados existe a vaga para mais um psicólogo, só que o mesmo ainda não foi contratado.

4.1 ATIVIDADES DO PROFISISONAL DE PSICOLOGIA NA EQUIPE DO NASF

Quadro 4: Atividades dos profissionais de psicologia na equipe do NASF

CATEGORIA	Nº DE PROFISSIONAIS
Reuniões semanais da equipe	8
Atendimento clínico	6
Grupos	5
Matriciamento	4
Prevenção	3
Avaliação psicológica e encaminhamento	2
Ações coletivas (eventos)	2
Atendimento individual de emergência	2
Projeto Terapêutico singular	2
Atenção aos profissionais da equipe	2
Triagem, atendimento, orientação e avaliação psicológica	1
Comissões	1
Atendimento a casais e famílias	1

Psicoterapia breve	1
Atendimento individual(autista)	1
Visitas domiciliares	1

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela pesquisadora junho 2017

Nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de psicologia junto as equipes dos cinco municípios aqui citados, todos participam semanalmente de reunião da equipe do NASF, onde são discutidos os trabalhos realizados, e planejados os trabalhos para realizar na próxima semana. São também discutidos casos de pacientes atendidos e muitas vezes encaminhados para outros setores de atendimento mais especializado, bem como os casos que estão sendo acompanhado no ESF, para conhecimento e a colaboração de todos os profissionais no tratamento dos mesmos e nesta perspectiva fortalece a interdisciplinabilidade.

Seis dos profissionais entrevistados fazem atendimento clínico individual, na unidade sede, ou no ESF quando vão à visita para acompanhamento a equipe. Quatro dos profissionais pesquisados informam que atendem por solicitação dos usuários, que solicitam por atendimentos individualizados, e também pacientes encaminhados pelo médico ou pelo psiquiatra da rede. Por fim, 01 profissional afirma que a coordenação diz que é obrigação atender o paciente individualmente.

Nos relatos também encontramos 5 profissionais que informam fazer trabalho com grupos de pacientes que são portadores de determinadas enfermidades. Nestes grupos fazem orientação e prevenção, mas os mesmos são organizados pelas ESFs, que solicitam a ajuda do psicólogo. Alguns grupos são atendidos semanalmente e outros apenas com atividades pontuais de um ou dois encontros.

A respeito do matriciamento feito junto as equipes de ESFs, que vai dar suporte assistencial e técnico pedagógico, este estudo mostrou que dos psicólogos entrevistados 4 afirmam fazer o apoio matricial as suas equipes.

Quatro psicólogos entrevistados fazem triagem, e também atendem os participantes da equipe das ESFs quando necessário, fazendo tratamento com acupuntura, orientações, ajuda na avaliação dos pacientes, e também atendem a demanda trazida pelas equipes. Dois dos profissionais fazem avaliação psicológica e posterior encaminhamento dos pacientes avaliados. Estes pacientes geralmente são encaminhados pelo médico ou por um psiquiatra da rede. Triagem e orientação psicológica, são atividades também

desenvolvidas por um dos psicólogos entrevistados, onde a triagem diz respeito a divisão do atendimento em saúde avaliando para onde o paciente deve ser encaminhado, e a avaliação psicológica vai dizer qual o estado mental do paciente.

Outra atividade das equipes de saúde e também do NASF é a prevenção de doenças. Três dos nossos entrevistados citaram que fazem regularmente trabalhos preventivos. Outros dois citaram que participam de eventos na área da saúde em seus municípios, tais como: dia de prevenção ao tabagismo, dia de conscientização do autismo, dia de prevenção do câncer de mamas e vários outros eventos promovidos nos municípios pelas equipes da ESFs, e outros órgãos, que solicitam a participação do psicólogo do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Dois profissionais informaram que fazem atendimentos de emergência, quando o paciente aparece e precisa ser atendido, por estar em estado alterado de consciência e precisa de atendimento urgente.

Projeto terapêutico singular é feito por 2 profissionais, que buscam através do projeto atender casos mais pontuais. Um psicólogo citou que está organizando comissões para discussão e estudo de casos mais presentes na comunidade como, suicídio, e dependência química, envolvendo vários segmentos da comunidade. Outro citou que faz atendimento a casais e famílias, psicoterapia breve e visitas domiciliares. Além disto ainda atende individualmente casos de autismo existentes na comunidade.

Das inúmeras atividades citadas e executadas pelos psicólogos (as) entrevistados do NASF, algumas fazem parte das normativas que criaram o serviço com o objetivo de melhor atender a população brasileira. Como por exemplo: trabalhos de grupos e o matriciamento.

Mas tem inúmeras atividades que não dizem respeito a função do psicólogo do NASF, tais como: atendimento clínico individual, triagem, orientação e avaliação psicológica. Segundo os psicólogos entrevistados estas atividades vem sendo desenvolvidas por falta de estrutura nos municípios e falta de profissionais de psicologia fora do NASF.

Percebe-se também que ocorre uma diversidade muito grande de atividades, tendo-se em vista a demanda emitida pelos territórios e a demanda em saúde mental. Os profissionais de psicologia fazem atividades conforme sua criatividade, cooperação da

equipe, demanda dos ESFs, disponibilidade e apoio dos setores onde estão engajados, mas muitas vezes fogem de seu real papel dentro do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Sobre isto cabe salientar aqui que uma atividade feita por seis psicólogos (as), é o atendimento individual, não previsto como uma ação do profissional do NASF. Sabe-se que a demanda por atendimento individual é grande, mas esta não é a atividade do psicólogo (a) do NASF. Os territórios deveriam manter outro psicólogo (a) para estes atendimentos, deixando o psicólogo (a) do NASF realizar os trabalhos de: matriciamento, organização do trabalho, atendimento às equipes de ESFs e o fortalecimento das mesmas, sempre num trabalho conjunto entre equipe do NASF do ESF e dos integrantes do território, atividades estas específicas do psicólogo da equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

4.2 GRUPOS TRABALHADOS

Quadro 5; Grupos trabalhados

GRUPOS TRABALHADOS	Nº DE PSICOLOGOS (AS) – 08
Gestante	7
Depressão	5
Atividades físicas (educador)	5
Controle de peso	3
Grupos de auto estima	2
Infantil e adolescentes	2
Tabagismo	2
Ansiedade	2
Diabetes e hipertensão	2
Jovens e idosos	2
Hábitos saudáveis	1
Gravidez e adolescência	1
Alunos e professores	1

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela pesquisadora junho 2017

Entre as atividades preconizadas para serem realizadas pela equipe do NASF com as Equipes de Atenção Básica, são os atendimentos de grupos uma importante

estratégia. Os psicólogos (as) entrevistados realizam este trabalho com diferentes fins e diferentes públicos, na sua rotina diária, sempre pela demanda das ESFs.

No Caderno de Atenção Básica (2014), a estrutura básica de um encontro de grupo deve ser composta de três fases, sendo elas apresentação, desenvolvimento e encerramento. Na fase de desenvolvimento propriamente dita para o trabalho de um grupo, são necessários 3 momentos, o aquecimento, é o momento em que se faz a introdução do tema, no aprofundamento o tema é explorado e detalhado e no processamento faz-se uma devolução ao grupo do tema abordado.

Como resultado deste estudo 07 psicólogos citaram que trabalham com grupos de gestantes, buscando dar orientações sobre os cuidados na gravidez, ter um parto mais seguro e um recém-nascido mais saudável.

Outro tema trabalhado em grupo por cinco psicólogos (as) é o tema depressão. Os psicólogos (as) participam destes grupos, discutindo, orientando as formas de prevenção, buscando melhorar a alimentação dos pacientes e neste caso é chamado o profissional de nutrição. Outro profissional bastante presente nestes grupos é o educador físico.

Constatou-se em relação aos grupos, que profissionais de várias áreas são envolvidos para exercerem suas atividades conforme seus conhecimentos atuando no mesmo grupo. Neste sentido encontramos no Caderno de Atenção Básica que “O contato com diversos saberes estimula os profissionais à elaboração de estratégias comuns de ações para a resolução de problemas, proporcionando com isso uma prática mais humanizada”. (BRASIL, 2010, p. 39)

Outro tema trabalhado em grupos por 03 psicólogos (as) é o de controle de peso. Excesso de peso tem haver na maioria das vezes com alimentação inadequada, insuficiente ou de qualidade duvidosa, sem nenhuma orientação de educação alimentar, nem mesmo de cuidados com o excesso de peso. Aqui o trabalho é sempre conjunto, entre psicólogo, nutricionista e outros profissionais quando necessário. Estes grupos exigem todo um esforço da equipe multidisciplinar, sendo as ações conjuntas indispensáveis.

Entre os psicólogos (as) entrevistados três dizem estar preocupados com a saúde da equipe. Para isso traçaram estratégia de cuidados com a mesma.

Entre os psicólogos (as) entrevistados três dizem estar preocupados com a saúde da equipe. Para isso traçaram estratégia de cuidados com a mesma.

Uma situação informada pelos profissionais como existente na população é a falta de auto estima, que está dificultando a saúde de muitas pessoas da comunidade. Visando uma melhoria nesta questão, dois dos psicólogos (as) desenvolvem um trabalho junto a grupos para melhorar a autoestima dos pacientes.

Dois psicólogos (as) também desenvolvem trabalhos com grupos infantis, por conta de uma demanda reprimida de atendimento individual. São problemas de hiperatividade, déficit de atenção, dificuldade de relacionamento com os pais, pais separados, mudança de comportamento. Nestes grupos a equipe faz atividades lúdicas, recreação e música, e durante as atividades vão orientando e observando os participantes.

Outra situação encontrada nas comunidades é o tabagismo. Para tentar diminuir este índice dois dos psicólogos (as) entrevistados trabalham com grupos de tabagismo, com reuniões sistemáticas nos três primeiros meses e depois com maior intervalo entre uma e outra. Sempre com orientações e técnicas, para controlar e eliminar o hábito de fumar.

Para o controle da ansiedade, dois psicólogos (as) também trabalham com grupos tentando diminuir o sofrimento que a mesma causa em seus portadores. Um psicólogo (a) cita que atende grupos de diabetes e de hipertensão, sempre levando orientações capazes de amenizar o sofrimento e controlar as disfunções, sempre com a participação da nutricionista.

Um psicólogo (a) diz que atende grupos de jovens e também um grupo de idosos que está iniciando. Nestes a equipe multidisciplinar faz os atendimentos aos grupos, orientando, acompanhando, levando conhecimentos que valorizem a vida e a saúde.

Por fim, um psicólogo (a) faz junto com a nutricionista um grupo de “Hábitos Saudáveis”, trabalhando a importância destes hábitos para uma melhor saúde. Outro psicólogo (a) diz, que em algumas ESFs, ocorrem grupos de adolescentes grávidas, onde ele como profissional de psicologia é chamado para trabalhar estes grupos. Outro psicólogo ainda, também citou que trabalha com professores e alunos.

Trabalhar o coletivo é uma das atividades preconizada pelo NASF. No Caderno de Atenção Básica 39 (2014, p. 67) encontramos: “O trabalho grupal não deve ser pensado como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos”. No trabalho de grupo também se busca priorizar o tempo, ampliar o atendimento, buscar a participação coletiva e a entre ajuda aos pacientes.

Segundo A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (BRASILIA 2009 p.12)

Os psicólogos têm participado desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Hoje, seu papel amplia-se, passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis. Compartilha-se o saber da Psicologia com outros profissionais e com as comunidades. Diversas práticas são utilizadas pelo psicólogo, entre elas o recurso complementar da Acupuntura, dentro das práticas integrativas e complementares contempladas pela portaria que implanta o NASF.

O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) preconiza que seja sempre realizado trabalho coletivo e cabe as equipes realizá-lo. Aos (as) psicólogos (as) compete realizar o matriciamento, o atendimento às equipes, e o trabalho com vários grupos vulneráveis presentes nos territórios.

4.3 PARTICIPAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA COM OS DEMAIS PROFISISONAIS DA EQUIPE

Quadro 6: Participação do profissional de psicologia com os demais profissionais da equipe

Discutir questões dos pacientes	8
Reunião para discutir matriciamento	8
Reunião da equipe semanal	8
Interação com outros profissionais	8
Palestras	8
Cuidando com quem cuida	2
Reuniões quinzenais para discutir casos mais difíceis	2
Estudar e buscar conhecimento	2

Visita domiciliar	1
-------------------	---

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela pesquisadora junho 2017

Os psicólogos (as) entrevistados tem um bom relacionamento com os demais membros da equipe do NASF. Tem facilidade de trabalhos conjunto, e muita disponibilidade de entre ajuda, principalmente com casos mais difíceis de serem resolvidos. As equipes também dizem ter bom relacionamento com o médico da ESF e com os psiquiatras da rede. Esse grupo de profissionais quando unidos fazem acontecer bons trabalhos e atendimentos com ótimos resultados. Os 8 psicólogos (as) entrevistados conseguem fazer este tipo de ação interdisciplinar dentro do território onde atuam.

No caderno de Atenção Básica lê-se: que o trabalho do NASF deve ser estruturado no território priorizando atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútua, que gerem experiências para todos os profissionais com discussões de casos, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto. (BRASIL 2010)

Do grupo de psicólogos(as) entrevistados, 100% fazem semanalmente reunião com a equipe para discussão de todos os casos incluindo os mais difíceis. Os 8 psicólogos (as) entrevistados dizem reunir-se semanalmente, com toda a equipe para discutirem matriciamento e assuntos de interesse da equipe. Nestas reuniões discutem o planejamento, e casos de pacientes em atendimento ou encaminhamento. Para melhor interação entre todos os profissionais as equipes promovem semanalmente encontros, para sanarem dúvidas e as vezes mal entendidos. Mas para todos os entrevistados a interação com outros profissionais é bastante significativa e com bons resultados.

Todos os entrevistados proferem palestra, em conjunto com outros profissionais sobre os mais variados assuntos, para grupos organizados pelas ESFs.

Sobre a atividade “cuidando de quem cuida”, dois psicólogos (as) dizem fazer este trabalho na interação com outros profissionais, buscando sempre a melhor qualidade de saúde para todos. Um dos psicólogos (as) diz que quinzenalmente a equipe se reúne, e nestas reuniões além do matriciamento, acontece discussão de algum caso que esteja sendo atendido, cuja solução é mais difícil e precisa da opinião e ajuda dos demais profissionais. Um dos psicólogos (as) também cita que faz visitas domiciliares,

juntamente com outros profissionais, quando demandado, sempre no intuito de atender adequadamente em sua residência o paciente.

Percebemos nas respostas de nossos entrevistados que todos fazem um trabalho integrado com toda a equipe de profissionais. Fazem reuniões semanais para discutirem assuntos da semana e também as condições de alguns pacientes, buscando a participação de todos os profissionais para o tratamento dos mesmos. São eles que buscam esta integração e também afirmam que só a multidisciplinariedade pode alcançar os objetivos desejados, o bom atendimento à população do território, e os bons resultados com os pacientes.

4.4 INTERDISCIPLINARIEDADE

Quadro 8: Interdisciplinariedade

CATEGORIA	PROFISSIONAL
Reuniões semanais	8
Todos se ajudam	8
Atendimento coletivo	5
Bom relacionamento, médico psiquiatra	5
Ainda necessita melhorar	3
Temos bons trabalhos	2
Parceria grande, só a união dá bons resultados	2
Movimento com atividades física, karatê para crianças, natação para alívio da dor	1
Trabalho ofertado é diferenciado, na comunidade é muito bom, as pessoas olham como ferramenta	1
Exames para detectar obesidade e colesterol (escolares)	1
Psicólogo bastante respeitado	1

Alguns profissionais não entendem o trabalho do psicólogo	1
---	---

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela pesquisadora junho 2017

A interdisciplinariedade pode ser entendida como:

[...] o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto modos de relação entre sujeito e conhecimento. O prefixo “inter” indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço. (Brasil 2010 p 18)

Sobre isto, os dados da pesquisa nos mostram que os 8 psicólogos (as) entrevistados afirmam ter boa relação interdisciplinar na equipe. E estão conscientes de que só a interdisciplinariedade é capaz de mostrar bons resultados nos grupos de pacientes, nas famílias, nas ESFs acompanhadas, enfim tudo fica melhor e mais completo com inter disciplinariedade. Mais conhecimentos, e mais definições de ajuda para os pacientes, grupos e ESFs. Ainda os 8 profissionais pesquisados dizem que existe relação interdisciplinar, que as equipes se ajudam e que ocorrem reuniões semanais, para discussão de casos, matriciamento e soluções de dificuldades.

Para 5 profissionais o atendimento coletivo é o correto, é melhor, flui mais, é mais produtivo e traz mais satisfação pessoal. O relacionamento da equipe, médico e psiquiatra é bom para 5 participantes, não havendo dificuldades para discutir casos, para buscar sugestões e ajuda. E para 3 profissionais o trabalho ainda precisa melhorar. A integração com escolas e academias, viabilizaram aos pacientes frequentarem aulas de karatê e natação, visando alívio da dor, e outras atividades físicas que buscam melhorar a saúde da população.

O caderno de Atenção Básica (2014) diz que a atuação intersetorial é uma diretriz bastante utilizada na Atenção Básica articulando ações com vários setores e outras políticas como: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes e outros, buscando a atenção integral do usuário, sendo o NASF um parceiro.

Segundo um dos profissionais entrevistados o trabalho ofertado pelo NASF é diferenciado, é muito bom e as pessoas olham como uma ferramenta de ajuda nas suas dificuldades para atendimento psicológico. Outros dois psicólogos (as) dizem que o trabalho é muito bom e que só a união e parcerias fazem dar bons resultados e um profissional entende que o atendimento individual proporciona um progresso bem maior ao paciente. Outro diz que muitos não entendem o trabalho do psicólogo (a) no NASF.

A interdisciplinriedade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. Num projeto interdisciplinar todos participam, ninguém ensina, nem aprende, cada um exerce suas atividades, os conhecimentos se fundem e vão auxiliar o processo de trabalho sempre de forma mais efetiva entre todos (FAZENDA,1979). Na interdisciplinriedade o paciente também é coautor de sua melhora. Assim um trabalho interdisciplinar pode chegar a resultados fantásticos, porque são vários saberes reunidos por uma causa. Aqui o paciente também tem sua parcela de participação e portanto a melhora depende também dele. A soma de saberes vai chegar a um patamar elevado, com benefícios para o paciente e satisfação para a equipe.

Os profissionais pesquisados fazem um bom trabalho de interdisciplinriedade, com a equipe, com os demais profissionais, com as famílias com entidades ligadas à saúde e que podem contribuir para o bom atendimento aos pacientes e um bom resultado nos tratamentos.

4.5 DIFICULDADES ENCONTRADAS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

Quadro 7: dificuldades encontradas no exercício da profissão

Demanda grande	6
Demanda por atendimento clínico individual	5
Ir nos ESFs a cada duas semanas	5
Estruturas físicas deficientes	3
Projeto NASF pouco entendido, pouco reconhecimento do trabalho	3
Falta espaço físico para atendimento	2
Processo de mudanças, sendo que alguns da equipe não aceitam o NASF	1
Visão equivocada, só clínica e quantidade	1

Não tem coordenação	1
Falta material	1
Um carro para duas equipes	1
Carga horária reduzida	1
Horário de atendimento dificulta a participação das mulheres	1
NASF dá pouco suporte aos ESFs	1
Assistencialismo	1
Dependente químico gera angústia a equipe do ESF	1

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela pesquisadora junho 2017

Dentre as dificuldades encontradas uma que deixa todos os 8 psicólogos (as) entrevistados apreensivos, é a incapacidade de atendimento de toda a demanda existente. Esta tanto se apresenta no número de casos especiais e emergentes que precisam ser atendidos, até situações de falta de tempo para a equipe poder planejar, estudar e realizar atividades coletiva, de capacitação, reuniões e atendimentos de grupos com problemas específicos.

Para Silva e outros (1992), o profissional da psicologia dentro do NASF, tem como função a visualização e o entendimento das questões de saúde no âmbito social e também coletivo, buscando ser conhecedor do conceito de saúde com enfoque no indivíduo abstrato presente nas ciências biológicas..

Cabe porém salientar que a grande demanda se apresenta em função de que os profissionais da Psicologia pesquisados dedicam-se também a atividades não previstas nas normas e leis do NASF, e por isso os trabalhos se avolumam, visto não ter outros profissionais da psicologia na Atenção Básica para atenderem a demanda dos territórios.

Uma das grandes demandas gerada é que os pacientes querem atendimento clínico individual, atividade esta não preconizada pelo NASF para o psicólogo realizar. Isto gera desconforto, e muitas vezes isto é feito, para não deixar o paciente sem atendimento.

É citado por alguns psicólogos (as) que algumas ESFs não tem estrutura adequada para um bom atendimento, nem mesmo para uma boa reunião com a equipe, onde todos possam ficar confortavelmente acomodados. Outro psicólogo (a) entrevistado

diz que o dirigente tem uma visão equivocada, achando que o psicólogo (a) está ali para fazer clínica. Isto gera um desconforto, fugindo da proposta do NASF, que seria voltada para o atendimento em grupo. Afirma este psicólogo (a) ainda que o momento é conflituoso, pois não reconhecem o trabalho, não entendem e não aceitam o NASF.

Dois entrevistados dizem que falta bom espaço para atendimento, e que não há boa coordenação, ficando deficiente a organização do trabalho e o atendimento mais adequado para a população. Um profissional citou ainda que falta carro e material para o bom desenvolvimento do trabalho. Outro diz que trabalhar só 20 horas é muito pouco tempo para atender e fazer o que precisa ser feito e por isso se sente desconfortável. Outra citação de um profissional é que o horário de trabalho das 7,00 às 13,00 horas, é difícil para as mulheres participarem de palestras e de grupos.

Um profissional diz que no município são duas vagas para psicólogo (a), porém uma está vaga, e isto causa muito desconforto, porque os pacientes buscam o atendimento, e só um profissional não consegue atender a todos e o trabalho se acumula. Um entrevistado diz que se dá muito pouco suporte as ESFs, faz-se ainda muito assistencialismo, e não se consegue fazer um bom trabalho, conforme as leis e normas do NASF. Outro diz que o dependente químico gera muita angústia nas equipes das ESFs. E por isso eles fazem questão de encaminhar, por se sentirem inseguros para atender, gerando angústia a equipe.

Segundo Spink (2007), o profissional de psicologia no trabalho de Atenção Básica, inserido na saúde coletiva, é responsável pelo planejamento e gestão do trabalho com a participação de todos os profissionais de saúde deste território.

Como constatamos nas respostas dos entrevistados existem dificuldades físicas, que impossibilitam o atendimento à toda a demanda do território. Os que tem sob sua responsabilidade 10 ESFs, só podem atender a cada 15 dias, que segundo eles o atendimento com este intervalo longo prejudica os trabalhos. Alguns citam não terem bom espaço físico para atendimento às equipes, falta material, e carro para ir as ESFs. Trabalhar só 20 horas é muito pouco tempo para atender tudo, o horário de funcionamento do NASF das 7,00 às 13,00 é mais difícil para ter a participação das mulheres nos grupos. O dependente químico gera angústia na equipe do ESF por insegurança em atendê-lo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral conhecer a atuação do psicólogo (a) do NASF em cinco municípios da região da AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna) que tem uma população superior a 20.000 habitantes. Teve como objetivos específicos conhecer as atividades desenvolvidas por estes (as) psicólogos (as), e qual a participação deles nas equipes multidisciplinares e se as ações desenvolvidas estão em consonância com o marco legal e normas técnicas nacionais.

O objetivo geral foi alcançado à medida que a pesquisa resgatou a prática destes profissionais, sendo suas ações, apoiar, capacitar às equipes de atenção básica e a do NASF, matriciamento, e apoiar as equipes das ESFs nos territórios.

Constatou-se que dos 8 psicólogos (as) deste estudo, 07 são concursados e cumprem 40 horas semanais de trabalho e apenas 01 é terceirizado, cumprindo apenas 20 horas semanais, estando estas duas formas de acordo com as leis do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)

Observamos também que as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais da psicologia junto às equipes de ESFs são: reuniões, atendimento clínico individual, matriciamento, grupos, avaliações psicológicas e encaminhamentos, atendimento individual de emergência, projetos terapêuticos singulares, e cuidando do profissional da equipe, sendo estas as atividades mais demandadas no território. Aqui podemos dizer que as atividades do psicólogo (a) do NASF, segundo o marco legal são as reuniões, o matriciamento, ajuda na orientação aos grupos e projetos terapêuticos. As demais que estão sendo realizadas não fazem parte do marco legal para o (a) psicólogo (a).

Os psicólogos (as) tem uma boa parcela de seu tempo no atendimento a grupos específicos de: gestantes, depressão, controle de peso, atividades físicas, auto estima, infantil e adolescentes, tabagismo, ansiedade, diabetes, hipertensão, hábitos saudáveis, jovens e idosos, alunos e professores, e gravidez na adolescência, orientando-os, dando-lhes informações de como melhorar as dificuldades através de cuidados simples, possíveis de serem praticados por todos. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 39 (2014 p. 67). “A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão de educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos”. Estas

atividades são parte do marco legal, das ações dos (as) psicólogos (as) do NASF, que prioriza os trabalhos coletivos.

O psicólogo (a) também realiza um trabalho de integração com os demais profissionais da equipe discutindo: matriciamento, questões de pacientes, realizando palestras, cuidando de quem cuida, fazendo estudos, visitas domiciliares, discutindo casos mais complicados e difíceis de resolver, buscando sempre a participação de todos da equipe na entre ajuda, para solucionar casos que necessitam de mais atenção e conhecimento. A integração com os demais profissionais da equipe é uma ação sempre presente para os psicólogos (as) entrevistados (as), e que fazem parte do marco legal que criou o NASF.

Outra atividade do psicólogo é buscar a interdisciplinariedade com a equipe, com os demais profissionais e com entidades que podem colaborar na melhoria de saúde da população do território. Para a realização de todos estes trabalhos algumas dificuldades são encontradas sendo as mais expressivas, a demanda grande de atividades, atendimentos individuais solicitados pela população, espaços físicos deficientes, coordenações com pouca experiência e querendo impor trabalhos às equipes, dependentes químicos que geram angústia a equipe da ESF, que tem insegurança em atendê-los. Porém a interdisciplinariedade sempre ocorre e os profissionais dizem ser ela muito necessária e importante para o desenvolvimento de um bom trabalho e também está preconizada nas ações previstas no NASF.

Além disso, cabe pontuar que existe bastante clareza dos profissionais quanto às atividades a serem realizadas com a população, havendo, porém momentos em que a demanda chega com atividades não previstas nas normativas do NASF, o que gera para os profissionais um desconforto, e muitas vezes estes acabam atendendo, mesmo sabendo que está contra as normas.

Por fim este estudo mostra que o profissional de psicologia, que compõe as equipes dos NASFs pesquisados está realizando ações/atividades dentro da função que lhe compete, mas muitas destas estão fora de suas reais funções, devido as dificuldades apresentadas, distorcendo os fundamentos que criaram o NASF, e que objetivam os princípios que regem o SUS nas equipes de Saúde da Família.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLEGER, J. (1992) **Psico-higiene e psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes medicinais
- BRASIL. **Caderno de Atenção Básica, Diretrizes do NASF: Nucleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília DF, 2010.
- BRASIL. **Constituição Federal Brasileira, 1988**. 16ª edição revista, ampliada e atualizada, 2015.
- BRASIL. **Ministério da Saúde –ABC do SUS Doutrina e Princípios**. Brasília DF. Dez. 1990. Disponível em: < http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios>. Acesso em: 20 out. 2016.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portal de Atenção Básica PNAB de Atenção Básica**. Disponível em:< <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso: em 07 nov.2016.
- BRASIL. **Ministério da Saúde - Cartilha: Humaniza SUS; Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília – DF, 2009
- BRASIL, **Ministério da Saúde. PORTARIA GM Nº 154 de 24 de janeiro de 2008**.
- BRASIL, **Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**.
- CBO – **Classificação Brasileira de Ocupações (2002) Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria de Políticas Públicas de Emprego**. Brasília. Livro 1
- CFP.**Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- DIMENSTEIN, D. B. M. **Estudo de Psicologia** (1998)
- DIMENSTEIN, M. **O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissional**. São Paulo: Estudos de Psicologia, n. 3, 1998
- FAZENDA, I. C. A. (org). **Integração e interdisciplinariedade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** São Paulo: Loyola, 1979.
- Fermino, M. Juliana; Patricio, M. Zuleica; Krawulski, Edite; Sisson, C, Maristela: **Atuação do Psicólogo no Programa Saúde da Família o cotidiano do trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais (UNISUL; UFSC 2009)**
- FERREIRA NETO, J. **A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses**. Psicologia, ciência e profissão. Brasília: 2010, vol.30, n.2, pp. 390-403. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013> Acesso em 05 Jun. 2013.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

REVISTA DOS TRIBUNAIS, São Paulo 16ª revista, ampliada e atualizada p. 122, 2015

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

SPINK, M.J.P.; MATTA, G. C. **A prática profissional Psi na Saúde Pública: Configurações históricas e desafios contemporâneos**. In: SPINK, Mary J. P. (org.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica UNESCO, Brasília. DF 2002.

TEIXEIRA, CF.; SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família Salvador**: SciELO Books, Ed. Edufba, nº 3, 2006.