

O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência

The psychologist in NASF: potentialities and challenges of a professional reference
El psicólogo en el NASF: potencialidades y retos de un profesional de referencia

Maria Edilânia Matos Ferreira Furtado¹

Liliane Brandão Carvalho²

Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Resumo

Configura objeto de investigação deste trabalho a compreensão do lugar do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para tanto, realizamos uma revisão bibliográfica para contextualizar o surgimento do Sistema Único de Saúde e a criação do NASF, enquanto política oriunda de mudanças implementadas no campo da saúde pública brasileira. O estudo contempla ainda uma revisão dos desafios impostos ao profissional de psicologia para se inserir nesse campo. São marcos paradigmáticos dessa inserção as Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras que possibilitaram ao psicólogo compor equipes multidisciplinares. Inserção essa ampliada com a criação do NASF que inclui o psicólogo entre os possíveis profissionais de sua equipe, ampliando assim os desafios em sua práxis. Os achados revelam desafios impostos à atuação do psicólogo no campo da saúde pública, que por sua vez, concebe a esse profissional na equipe NASF um lugar de referência, especialmente, nos cuidados em saúde mental.

Palavras-chave: SUS; Atenção primária à saúde; NASF; Prática do psicólogo.

Abstract

The object of this work concerns to comprehend the position of the psychologist in the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). For this purpose, we have systemed a bibliographic revision in order to provide a context to the emergence of the Sistema Único de Saúde and the creation of NASF, as a policy derived of the changes initiated on Brazilian public health Field. The study contemplates as well a review of the challenges imposed to psychology professionals on their insertion in this field. Brazilian sanitary and psychiatric reforms are paradigmatic milestones of this insertion that made it possible for the psychologist to compose multidisciplinary teams. This insertion was increased with the creation of the NASF, which includes the psychologist among the possible professionals on its team, increasing the challenges of its praxis. Our findings reveal challenges imposed to the psychologist performance on public health field, the latter designs this professional as reference position in the NASF team, especially, in mental health care.

Key-words: SUS; Primary health care; NASF; Psychologist practice.

Resumen

Configura como objeto de investigación de este trabajo la comprensión del lugar del psicólogo en el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF). Para eso realizamos una revisión de la literatura para contextualizar el surgimiento del Sistema Único de Salud y la creación del NASF como una política originaria de cambios implementados en el ámbito de la salud pública en Brasil. El estudio también incluye una revisión de los desafíos impuestos a los profesionales de psicología para su inserción en dicho campo. Son marcos paradigmáticos de esa inserción las Reformas Sanitaria y Psiquiátrica brasileñas que posibilitaron al psicólogo componer equipos multidisciplinares. Inserción esta que fue ampliada con la creación de NASF incluyendo el psicólogo entre posibles profesionales de su equipo, ampliando así los retos de su práctica profesional. Los resultados revelan desafíos impuestos a la actuación del psicólogo en el campo de la salud pública, que a su vez, concibe a ese equipo profesional en el equipo NASF un lugar de referencia, sobre todo en la atención en salud mental.

Palabras-clave: SUS; Atención primaria de salud; NASF; Práctica del psicólogo.

INTRODUÇÃO

O objeto de investigação deste estudo se constitui na compreensão do lugar do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, considerando que

se trata de uma política recente, criada em 2008, a partir da publicação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Ministério da Saúde, 2008), na qual o psicólogo é um possível componente de sua equipe, o que motivou a buscar estudos para melhor conhecer o lugar ocupado por esse profissional no contexto mais amplo da saúde pública, especificamente na política NASF.

A construção do modelo vigente de saúde pública brasileira é fruto de grandes conquistas, marcada em especial pelo movimento da Reforma Sanitária. Movimento político e social que se consolidou pela

Endereço 1: Rua Maria Consuelo, 100 – Apto. 104, Bloco E. Parque Iracema, CEP 60824-040, Fortaleza-CE, Brasil

Endereço 2: Universidade de Fortaleza-Unifor – Centro de Ciências da Saúde – bloco C – Curso de Psicologia. Av. Washington Soares, 1321- Edson Queiroz - CEP-60.811-905. Fortaleza/CE .

luta dos brasileiros por mudanças, especialmente, no que concernia ao acesso a bens e serviços de saúde, antes um privilégio de poucos. A Reforma Sanitária marca um cenário de enfrentamento dos brasileiros pela democratização do país em pleno regime ditatorial que almejava conquistas além do direito a saúde, como outros direitos sociais que foram garantidos a partir dessa mobilização (Paim, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é considerada marco paradigmático desse movimento, pois possibilitou a inscrição do direito à saúde na nova Constituição Federal em 1988 e permitiu a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS (Mendes, 1996; Spink & Matta, 2010).

Contemporâneo do movimento da Reforma Sanitária deu-se o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, porém com uma “história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, tendo como premissa a elaboração de políticas que viabilizassem os cuidados em saúde mental” (Ministério da Saúde, 2005, p. 6). Esse processo foi de encontro às políticas no setor e ao modo desumano como era tratada a pessoa com transtorno mental.

Na nova configuração da saúde, as ações de maior foco concentraram-se na atenção primária, que são organizadas a partir do Programa de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2006; Oliveira, Silva & Yamamoto, 2007).

O psicólogo, inicialmente, teve inserção preponderante nos contextos organizacional, clínica e escolar; de modo incipiente, passa inserir-se na saúde pública, sobretudo, no contexto hospitalar. Porém, o polo de maior inserção é concebido à saúde mental, quando esses profissionais passaram a compor equipes multidisciplinares na nova ordenação da atenção, propiciada pelas conquistas dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras (Carvalho & Yamamoto, 2002; Dimenstein, 1998; Oliveira et al., 2007; Sebastiani, 2000; Spink & Matta, 2010).

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo é compreender o lugar do psicólogo na política pública de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Para tanto, consideramos ser necessário retomarmos inicialmente o cenário em que surge o Sistema Único de Saúde (SUS) até a criação do NASF para, em seguida, discutir os desafios da inserção do psicólogo no campo da Saúde Pública, sobretudo no referido núcleo.

Método:

Utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental, compreendendo que ambas apresentam estreita relação (Gil, 2002) na tentativa de inferir uma resposta ao objeto deste estudo, qual seja: o lugar do psicólogo na política do NASF.

Desse modo, as fontes de dados aqui privilegiadas foram compostas por documentos oficiais oriundos das bases de dados ministeriais, que contemplem dados acerca das políticas públicas de saúde. Uma vez que o NASF foi instituído em 2008, privilegamos, enquanto ponto de partida um apanhado histórico em publicações de artigos científicos nas principais bases de dados nacionais, realizadas entre 2008 e 2012. A partir de agora serão expostos alguns pressupostos referentes ao surgimento do SUS, seguido da criação do NASF.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DO SURGIMENTO À IMPLANTAÇÃO

Até meados da década de 1970, os serviços de saúde no Brasil eram rígidos basicamente pela medicina liberal e previdenciária, pautados no modelo médico-sanitarista, (Mendes, 1996; Paim, 2009). O acesso à saúde estava restrito à população mais abastada ou com vínculo empregatício. Nesse cenário, reinavam as relações clientelistas, restando à grande massa da população, não contribuinte, a caridade exercida pelo filantropismo (Mendes, 1996).

Diante dessas condições precárias de saúde vigentes em pleno regime ditatorial, vários movimentos se organizaram em favor da democratização do país. Entre eles uma “ideia, proposta, projeto, movimento, processo” (Paim, 2009, p. 30) que posteriormente se materializou no Movimento da Reforma Sanitária brasileira, fenômeno histórico e social que se institucionalizou entre as décadas de 1970 e 1980.

Fruto desse movimento, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, foi marcada pela expressiva participação popular que resultou no desenho da seção saúde, elaborado na referida conferência e assegurado pela Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado, segundo consta no seu artigo 196.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regimentado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990a), e a Lei Orgânica de Saúde nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990b), sendo definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações em saúde (...)” (Ministério da Saúde, 1990, p. 03).

O SUS é regido pelos princípios doutrinários da universalidade, no qual a saúde é garantida de forma gratuita a todo cidadão brasileiro; e equidade, que assegura ações e serviços em todos os níveis, conforme a complexidade de cada caso. Ao mesmo tempo em que é garantia de acesso universal, o princípio da equidade traduz a igualdade de direitos entre os cidadãos. Outra doutrina é a integralidade, que reconhece o homem como um todo indivisível, não podendo ter o cuidado fragmentado. Através da

integralidade, são garantidas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como instâncias não compartimentalizadas (Ministério da Saúde, 1990).

Os princípios organizativos do SUS compreendem a regionalização e hierarquização, que dividem os serviços de saúde em níveis de complexidade, primário, secundário e terciário, possibilitando o acesso da população a todas as modalidades de assistência, de modo regional e hierárquico; a resolubilidade refere-se à garantia de que cada nível de complexidade esteja capacitado para enfrentar e resolver, dentro de sua competência, as demandas recebidas; a descentralização, como premissa da universalização do acesso, passou a ser preocupação primeira dessa política, uma vez que à instância estadual passou a gerir, através dos municípios o comando das ações em saúde; e a participação popular, que foi garantida constitucionalmente como princípio organizativo do SUS (Ministério da Saúde, 1990).

Assim, competem ao nível primário as ações preventivas ou remediadoras executadas pelas unidades básicas de saúde, redes de ambulatórios e hospitais de pequeno porte. As ações especializadas ou de média complexidade competem ao nível secundário, em que a promoção e a proteção não alcançaram os cuidados ou foram ultrapassadas. No nível terciário, encontram-se as especificidades de tratamentos, ou seja, os hospitais especializados em determinadas patologias (Holanda, Aguiar & Costa, 2007; Ministério da Saúde, 1990).

Concomitante ao movimento da reforma que instituiu o SUS e embora contemporâneo, “o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (Ministério da Saúde, 2005, p. 6). Como serviços substitutivos do modelo manicomial, foram criados o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) e os Hospitais Dias, oferecendo atenção nas modalidades diária, como também 24 horas.

As propostas da Reforma Psiquiátrica foram sancionadas em 2001, pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001), articulada em sua origem pelo Deputado Paulo Delgado, configurando em um grande avanço no setor da saúde mental, posto que tal promulgação possibilitou a difusão de políticas com vistas a redução da hospitalização nos moldes manicomiais.

Fruto da reorganização do sistema de saúde brasileira, a atenção primária tornou-se prioritária, resultando na formulação de políticas que viabilizassem a efetividade dos princípios do SUS. Para tanto, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual, por sua vez, é caracterizado como Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006).

Todavia, considerando a magnitude alcançada

pelo PSF em uma estratégia de abrangência nacional, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006 (2006), reconheceu-o enquanto estratégia principal de reorganização da Atenção Básica. Desde então, o termo adotado passou a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Ministério da Saúde, 2006).

É importante frisarmos que a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, porém as referências aqui utilizadas não sofreram alterações significativas. Portanto, ambas as portarias aparecerão de modo indistintos.

A fim de obter um maior alcance das demandas da população pela ESF, como também dar maior ênfase à integralidade das ações, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por profissionais não contemplados nas equipes de saúde da família, conforme exploraremos no tópico a seguir.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

Dentre as políticas de saúde do SUS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é considerado uma política privilegiadora dos campos de prática do profissional de psicologia, o que possibilita a articulação do que nos propomos investigar: o lugar do psicólogo no NASF.

Criado pela Portaria 154/2008, o NASF “tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (Ministério da Saúde, 2009, p. 10), estando vinculado diretamente a uma equipe de Saúde da Família. O referido núcleo está instituído sob duas modalidades: o NASF 1 – onde a equipe é constituída por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior, devendo vincular-se a um número de 08 a 20 equipes de Saúde da Família; e o NASF 2 – composto por três profissionais de nível superior e vinculado, no mínimo, a 03 Equipes de Saúde da Família e, no máximo, a 20.

A composição da equipe NASF é multiprofissional, obedecendo ao critério da formação superior com atividades não coincidentes, podendo compor o quadro funcional os seguintes profissionais: Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico (Acupunturista, Ginecologista, Homeopata, Pediatra, Psiquiatra); Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

A equipe NASF é organizada pelos gestores municipais, respeitando a demanda local, como também, a disponibilidade dos profissionais. No entanto, a portaria que regulamenta o NASF sugere que cada equipe conte com pelo menos 01 (um)

profissional da área de saúde mental¹, considerando a crescente demanda de pessoas com transtornos dessa natureza.

Nesse sentido, suas ações estão voltadas para as seguintes áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Importante ressaltar que o detalhamento dessas áreas não se configura foco deste estudo.

A missão do NASF está pautada no apoio e compartilhamento visando o aumento da resolatividade das ações em saúde e a “capacidade de compartilhar e fazer a gestão do cuidado” vinculado a uma equipe de saúde da família (Ministério da Saúde, 2009, p. 13).

A atuação da equipe NASF é atravessada também por ações intersetoriais e interdisciplinares com o propósito de “promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, 2009, p. 13).

Ações de cunho interdisciplinar no contexto de trabalho do NASF são eficazes na medida em que as diversas categorias profissionais, atuando sob as necessidades da população atendida pelo referido núcleo, podem compartilhar o conhecimento acerca das demandas recebidas, podendo chegar a uma maior resolubilidade (Vilela & Messias Mendes, 2003).

A integralidade é considerada sua principal diretriz e perpassa três aspectos fundamentais: o usuário visto como ser integral; a promoção, prevenção, reabilitação e cura; e o acesso às redes de cuidado. A constituição da equipe NASF pressupõe ferramentas técnicas que são pilares das ações a serem implementadas, a exemplo do apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST) (Ministério da Saúde, 2009). Dessas ferramentas discutiremos apenas as duas primeiras, considerando que o trabalho em equipe organizado a partir da lógica do apoio matricial possibilita a efetivação da clínica ampliada (Dimenstein et al., 2009).

Apoio matricial e equipe de referência são ferramentas que se articulam na gestão do cuidado e são imprescindíveis ao trabalho em equipe, pois “buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento” (Campos & Dominitti, 2007, p. 402). Em especial, no contexto do NASF, tais ferramentas vêm ao encontro de sua proposta, uma vez que o referido núcleo foi

criado como proposta de apoio a ESF.

A articulação dessas ferramentas (equipe de referência e apoio matricial), segundo Campos e Dominitti (2007), se justifica enquanto possibilidade de ampliação do trabalho clínico e sanitário, o que nos remete a noção de integralidade do cuidado, princípio regeador do SUS. Os mesmos autores definem equipe ou profissional de referência como aquele que realiza acompanhamento longitudinal no âmbito individual, familiar ou coletivo, cujo objetivo é a construção de vínculos.

O apoio matricial ocorre sob dois aspectos: o assistencial, quando produz a ação clínica relacionada diretamente a clientela; e o suporte técnico pedagógico, o qual é realizado em favor da equipe de referência e visa proporcionar a autonomia desta no trabalho com determinadas especificidades (Campos & Dominitti, 2007; Ministério da Saúde, 2009).

Para Campos (1997), negar a estreita relação entre doença e contexto gera o empobrecimento da clínica. Para tanto, o autor sugere “uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica” (p. 5).

Desse modo, apoio matricial e clínica ampliada articulam-se enquanto ferramentas necessárias ao trabalho em equipe. No entanto, para além da implantação destas, o reconhecimento por parte das equipes NASF e ESF é imprescindível à ampliação do vínculo entre profissionais e comunidade.

Uma vez apresentada a política NASF, abordaremos alguns pressupostos acerca da psicologia enquanto profissão e a inserção do psicólogo no campo da saúde pública.

A PSICOLOGIA ENQUANTO PROFISSÃO E A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Carvalho e Yamamoto (2002) e Dimenstein (1998) apontam que ser psicólogo no Brasil é uma profissão relativamente nova, dado que somente em 1962, através da Lei nº 4.119, a formação em psicologia foi regulamentada enquanto profissão, possibilitando sua atuação, basicamente, em “quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério” (Dimenstein, 1998, p. 54).

De cunho elitista, a profissão de psicólogo é demarcada por Spink e Matta (2010) como reprodutora de um fazer tecnicista com ênfase nas técnicas psicométricas e na prática do psicodiagnóstico. Práticas essas responsáveis pela concepção de psicologia embasada no modelo médico-normativo.

Carvalho e Yamamoto (2002) referem ao perfil do psicólogo comumente associado à clínica tradicional, posto que tal profissão nem sempre abarcou as camadas menos favorecidas, o que se caracteriza por

¹ Os profissionais de saúde mental constantes na Portaria nº 154/2008 são: psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais (Ministério da Saúde, 2008).

uma onipotência clínica em detrimento de ações de cunho social.

Porém, mudanças no perfil econômico da população brasileira permitiram a inserção desse profissional em outros campos de trabalho, entre eles o campo da saúde pública em meados da década de 1970. Antes disso, experiências isoladas são demarcadas no campo da saúde pública, em especial no contexto hospitalar (Dimenstein, 1998).

A partir de 1980, ocorre a realização de concursos públicos nas três esferas – municipal, estadual e federal – possibilitando a inserção de psicólogos “em hospitais, ambulatorios, unidades básicas de saúde, centros de saúde e programas de orientação, prevenção e educação para Saúde” (Sebastiani, 2000, p. 207).

Devemos destacar que apesar dessas experiências, ainda que isoladas, na área da saúde pública, e o reconhecimento da profissão na década de 1960, é somente em 1998 que o Ministério da Saúde cataloga a psicologia enquanto profissão da saúde (Aguiar, Holanda & Monteiro, 2007).

No entanto, é na saúde mental que encontramos o maior polo de inserção de psicólogos, como campo inicial de suas atividades na saúde pública, em especial, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que possibilitou a composição de equipes multiprofissionais para os cuidados em saúde mental. Neste campo, a noção de cuidado integral, preconizada pelo SUS enquanto princípio doutrinário assegurou a inserção de outras categorias profissionais nos cuidados à saúde, entre elas, o profissional de psicologia (Carvalho & Yamamoto, 2002; Dimenstein, 1998; Oliveira et al., 2007; Spink & Matta, 2010).

Ao mesmo tempo em que o campo da saúde mental é configurado enquanto lugar de grande inserção do psicólogo, há também a crítica de que nesse espaço a inserção do psicólogo não mais que reproduziu a clínica privada, pois o direcionamento das atividades do psicólogo na saúde mental, via de regra, privilegiava apenas o paciente, sem relevante preocupação de inserir o seu contexto no fator adoecimento (Ferreira Neto, 2011; Zurba, 2011). E em relação ao contexto da atenção primária

a prática psicológica em saúde mental, desde o âmbito da clínica, não pode perder de vista seu olhar de interface com as questões da psicologia social; nem a intervenção em psicologia sócio-comunitária consegue promover saúde mental sem levar em considerações aspectos do manejo clínico (Zurba, 2011, pp. 72-73).

A ênfase que as instituições de ensino atribuem ao conhecimento teórico inerente a área clínica direciona o aluno à prática clínica individual, afastando-o cada vez mais dos aspectos “sociais que determinam sua prática e a realidade em que atuam” (Dimenstein, 2000 p. 104). Essa realidade vem mudando na medida em

que disciplinas voltadas ao contexto da saúde pública são inseridas nos currículos acadêmicos de psicologia (Reis, Machry, Bennemann, Lara & Guareschi, 2007).

A seguir, apresentaremos alguns estudos acerca da atuação do psicólogo nos cuidados primários à saúde, a fim de verificarmos qual o seu lugar no NASF.

O PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE (NASF)

Dimenstein e Macedo (2010) referem à escassez de produção científica acerca do trabalho de psicólogos no campo da saúde, especialmente, na atenção primária, enquanto desafio à psicologia. Para os autores, a publicação de trabalhos realizados no campo da saúde, pode ser considerada como “via privilegiada de enfrentamento das dificuldades” (p. 227).

Vieira e Oliveira (2012) corroboram com essa perspectiva ao argumentarem a necessidade de serem publicadas experiências de trabalhos, em especial, da atuação do psicólogo no NASF, por considerarem o compartilhamento de tais experiências enquanto estímulo à reflexão de profissionais já atuantes, como também aos que pretendem atuar nesse campo.

Nessa mesma linha de pensamento, Santos (2012) atribui o fato de se tratar de uma política recente, destacando como fontes de dados desta política apenas três documentos: a Portaria 154/2008, que institui o NASF; a publicação das Diretrizes do NASF, pelo Caderno de Atenção Básica; e a Portaria nº 2.488/2011, que revisa as diretrizes e normas da Atenção Básica. A autora chama atenção para o risco de interpretações que descaracterizem a proposta do NASF, uma vez que, em se tratando de documentos técnicos, várias interpretações são realizadas.

Atribuindo a grande complexidade da atenção básica nos cuidados à saúde, o Conselho Federal de Psicologia (2009) organizou em julho de 2008 o Seminário Nacional sobre a participação da Psicologia nos NASF’s “com o objetivo de propiciar reflexão inicial com a categoria para qualificar sua prática e fortalecer seu compromisso com políticas públicas saudáveis” (p. 13).

Nepomuceno (2009), ao analisar a portaria que institui o NASF, refere sua inquietação concernente à menção da psicologia no âmbito da saúde mental apenas, argumentando que tal fato reforça a noção de atendimento individual preconizado no modelo clínico tradicional. Para o autor, o alcance da psicologia nas ações em saúde pública está para além da dimensão curativista de uma visão psicopatologizante do sujeito, tal como é anunciado na referida portaria.

Böing, Crepaldi e Moré (2009), ao estudarem a atuação do psicólogo na atenção primária, criticaram a ferramenta do apoio matricial, no tocante ao modo como esta vem sendo praticada. Segundo as autoras, há uma descaracterização do apoio matricial no

campo da atenção primária, tomando como referência a proposta de tal ferramenta, o que incide em práticas de cunho curativos, característico do nível secundário da atenção.

O modo de atuação do psicólogo no nível primário da atenção é apontado por Zurba (2011) como ineficaz, do ponto de vista de um trabalho contínuo, considerando o elevado número de equipes de Saúde da Família (SF) a serem atendidas pelo psicólogo da equipe NASF, o que finda por torná-lo um profissional de referência. Nessa condição, o psicólogo se distancia cada vez mais da possibilidade de inserção efetiva nas equipes mínimas de saúde.

Em pesquisa realizada por Freire e Pichelli (2010) junto a profissionais de psicologia atuantes nas UBS/PSF/NASF da cidade de João Pessoa, foi constatado que, na condição de apoiadores matriciais, os profissionais inseridos no NASF demonstram maior apropriação das diretrizes do SUS, destacando que estes possuem formação complementar para a referida atuação.

Outro estudo acerca desse fato foi realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2008) junto a psicólogos atuantes na atenção básica à saúde, no qual ficou constatada a inserção de grande parte dos entrevistados no campo da saúde mental, reforçando o fato exposto anteriormente concernente ao direcionamento que a portaria NASF faz ao mencionar o psicólogo apenas nas ações de saúde mental.

Santos (2012) realizou estudo para investigar o lugar do NASF no cuidado em saúde mental, segundo a perspectiva da equipe de SF, e concluiu que a equipe NASF ocupa um lugar de referência, “legitimando o poder e domínio de determinadas especialidade no trato da patologia” (p. 132). Aliado a tal fato, foi revelado que os profissionais da equipe SF atribuem aos profissionais do NASF maior capacidade de lidar com os transtornos mentais.

A prevalência dos profissionais de psicologia no campo da saúde mental nos remete ainda às constatações de Carvalho e Yamamoto (2002), Dimenstein (1998), Oliveira et al. (2007) e Spink e Matta (2010) ao demarcarem tal campo enquanto polo de maior inserção desses profissionais na saúde pública.

Nepomuceno (2009) chama a atenção para o elevado número de equipes de Saúde da Família sob a responsabilidade de uma única equipe NASF, o que dificulta a vinculação, fundamental ao trabalho na ESF, entre equipes (NASF e de SF) e a população, destacando que na proporção de uma equipe NASF para vinte equipes de Saúde da Família serão oitenta mil pessoas aproximadamente no território de abrangência, ou seja, um número impossível de ser atendido pela psicologia na área de abrangência da equipe SF.

Franco e Merhy (como citados em Vieira & Oliveira, 2012) fazem referência à autonomia

necessária aos profissionais atuantes nos cuidados em atenção primária, considerando a nova lógica de atenção à saúde, a do trabalho interdisciplinar, lógica essa que requer novas formas de atuação. Para as autoras, a implantação do NASF condiz com essa mudança paradigmática, pois requer, por parte dos trabalhadores em saúde, o compromisso com um novo fazer, haja vista tratar-se do reordenamento da atenção, tendo como eixo norteador a integralidade das ações, em que as práticas comumente utilizadas requerem nova roupagem.

Böing et al. (2009), a partir de uma leitura sistêmica² acerca da atuação do psicólogo na atenção primária à saúde, ressaltam a importância de práticas contextualizadoras das ações humanas em contextos específicos. Para as autoras, o psicólogo nos cuidados primários tem papel de “mediador e catalisador das potencialidades e dos recursos” (p. 853), tanto ao nível individual quanto comunitário, possibilitando a produção de saúde e qualidade de vida.

Assim, os desafios impostos à atuação do psicólogo no campo da saúde pública são compartilhados entre organização do sistema de saúde, questões político-ideológicas vigentes e a deficitária formação acadêmica para atuação com as políticas públicas de saúde, em especial, no nível primário da atenção; haja vista que a inserção nesse campo “implica, assim, não só ter conhecimento, capacidade técnica e espaço aberto à atuação, mas, principalmente, o desejo de lutar e agir em busca de verdadeiras transformações sociais” (Freire & Pichelli, 2010, p. 851).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio na elaboração deste estudo se deu em função da escassez literária com a qual nos deparamos. Em razão disto, nos investimos de maior motivação em traçar estas linhas, a fim de compreendermos o objeto aqui investigado. A essa escassez, atribuímos o fato da psicologia não ter uma trajetória percorrida no campo da saúde pública, mas fragmentos de experiências compartilhadas, sobretudo, em se tratando do NASF, enquanto política relativamente nova. Pensar então o lugar do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família é pensar em um caminho a ser percorrido e nos desafios a serem superados, haja vista a necessidade de novos desdobramentos e estudos que contemplem a visão do psicólogo acerca do seu lugar na equipe NASF, como ainda a visão dos demais profissionais da equipe de Saúde da Família.

Diante da literatura aqui privilegiada, compreendemos que o lugar do psicólogo nos cuidados primários à saúde e, em especial no NASF, 2 “Pensar sistemicamente implica, portanto, reconhecer o sujeito no seu contexto; não significa negar os fenômenos intrapsíquicos, mas sim, buscar compreender e trabalhar os fenômenos psíquicos de uma complexa rede de relações interpessoais” (Böing et al., 2009, p.835).

é o de profissional de referência, sobretudo, nos cuidados com a saúde mental. Compreendemos, ainda, que, segundo a lógica do matriciamento, esse profissional vem realizando apenas ação clínica, quando a portaria NASF prima pela privação das ações compartilhadas, devendo prevalecer o suporte técnico pedagógico, com vistas a proporcionar a autonomia da equipe SF na condução dos casos.

Tal fato nos leva a compartilhar a ideia de que o psicólogo na atenção primária vem realizando práticas mais assistencialistas, reproduzindo o modelo velho vigente curativista, fora do âmbito que privilegia ações de promoção de saúde próprias de um contexto mais ampliado de saúde pública. Devemos considerar, nessa reprodução da prática curativista, o fortalecimento, por parte das instituições de ensino, do enfoque clínico, que tem como consequência a incipiente ênfase nas práticas de saúde pública. Mudanças, contudo, vêm ocorrendo na medida em que mais disciplinas acerca do tema saúde pública passam a compor os currículos de instituições de ensino superior.

Todavia, as discussões anteriores, em especial no tocante a referência do profissional de psicologia para atuação nos cuidados em saúde mental, revelam que ao término da graduação, tal profissional está mais preparado para atuar na clínica individual do que nas políticas públicas de saúde.

Importante ressaltarmos que a própria organização do NASF denuncia a impossibilidade de efetivação, na prática, do que institui sua portaria, ou seja, se considerarmos o número de equipes SF ao qual uma única equipe NASF deve estar vinculada, é notória a discrepância entre demanda e oferta. Ainda que as ações sejam regidas sob o prisma do matriciamento, é pouco provável que o profissional de psicologia possa implementar ações de alcance longitudinal e funcionar como apoiador matricial.

A esse respeito, inferimos o lugar de referência do psicólogo no NASF, que, na impossibilidade de realizar um suporte técnico pedagógico, termina por fazer da demanda de atendimento individual o foco de sua atuação.

Assim, a implantação do NASF no contexto primário da saúde pública se coloca como um desafio à superação de modelos privilegiadores de ações compartimentalizadas que imperam no contexto dos cuidados em saúde, nos quais o trabalho interdisciplinar é o maior desses desafios.

Nesse sentido, a inserção do psicólogo no campo da saúde pública configura desafio à profissão, ainda que tal inserção seja antecessora ao surgimento do SUS. A formação acadêmica, porém, parece não ter acompanhado as mudanças que seguem o bojo do nascimento do SUS. Isso requer, por parte dos profissionais interessados nesse campo, a busca por conhecimentos específicos na área. Fator que nos leva a pensar na manutenção do status elitista concebido

a profissão no cenário de sua inserção no campo da saúde pública.

Desse modo, necessário se faz que o psicólogo no contexto da saúde pública, sobretudo no NASF, repense seu lugar de reprodutor de um saber técnico, saindo do âmbito de profissional de referência para o de ator social, a fim de potencializar sua atuação na nova configuração da saúde, realizando contínua reflexão sobre o modo de atuação praticado, pois compreendermos o papel da psicologia, enquanto ciência e profissão, está para além da simples reprodução de saberes e fazeres.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, C. C. M., Holanda, T. C. M. de, & Monteiro, K. C. C. (2007). O serviço de psicologia do HUWC. In A. M. V. Lage, & K. C. C. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática em hospital universitário* (pp. 19-30). Fortaleza: Edições UFC.
- Böing, E., Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2009). A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. [Versão eletrônica]. *Rev. Psicologia Ciência e Profissão*, 29(4), 828-845.
- Campos, G. W. S. (1997). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. [Versão eletrônica]. In mimeo. 1996/1997.
- Campos, G. W. S., & Dominitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. [Versão eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (2002). Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. [Versão eletrônica]. *Psicologia para a América Latina*, 1, 1-12.
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). Referências Técnicas para a Prática do (a) Psicólogo (a) nos Programas de DST e AIDS. [Versão eletrônica]. Brasília: Autor.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. [Versão eletrônica]. Brasília: Autor.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. DOU de 5.10.1988. Brasília: Casa Civil da Presidência da República. Acessado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoocompilado.htm
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. [Versão eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, Natal, 3(1), 53-81.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. [Versão eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, Natal, 5(1), 95-121.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidade de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. [Versão eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 18(1), 63-74.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2010). Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 207-234). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, J. L., Neto (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.
- Freire, F. M. de S., & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. [Versão eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 840-853.
- Gil, A. C. (2002). Como classificar as pesquisas? In A. C. Gil (Org.), *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed., pp. 41-57). São Paulo: Atlas.

Holanda, T. C. M. de, Aguiar, C. C. M., & Costa, S. M. A. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: reflexões sobre o modelo de atuação multiprofissional da psicologia no HUWC. In A. M. V. Lage, & K. C. C. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática em hospital universitário* (pp. 31-51). Fortaleza: Edições UFC.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU de 20.9.1990. Brasília: Casa Civil da Presidência da República. Acessado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990b). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DOU de 31.12.1990. Brasília: Casa Civil da Presidência da República. Acessado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. DOU de 9.4.2001. Brasília: Casa Civil da Presidência da República. Acessado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (1990). *Secretaria de Atenção à Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. Acessado de http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

Ministério da Saúde. (2005, novembro). *Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. [Versão eletrônica]. Brasília: OPAS.

Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 648 GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Autor. Acessado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

Ministério da Saúde. (2008). Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Brasília, DF: Autor. Acessado de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

Ministério da Saúde. (2010). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. [Versão eletrônica]. Brasília: Autor.

Nepomuceno, L. B. (2009). *A prática da psicologia no NASF*. In Conselho Federal de Psicologia. [Versão eletrônica]. *A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)* (pp. 49-59). Brasília: CFP.

Oliveira, I. F., Silva, F. L., & Yamamoto, O. H. (2007). *A Psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica?* [Versão eletrônica]. *Aletheia*, 25, 5-19.

Paim, J. S. (2009). *Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira*. [Versão eletrônica]. *Saúde em Debate*, 33(81), 27-37.

Reis, C., Machry, D., Bennemann, T., Lara, L., & Guareschi, N. M. F. (2007, outubro). *Formação em Psicologia: Um estudo sobre a inserção da Psicologia no SUS*. In Anais do XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), Rio de Janeiro, Brasil. Acessado de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/Anais_XIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_48.pdf

Santos, R. C. dos. (2012). *O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como componente do cuidado em saúde mental: perspectivas de profissionais da Estratégia de Saúde da Família*. [Versão eletrônica]. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Sebastiani, R.W. (2000). *Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva Latino americana*. In V.A. Angerami. (Org.), *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 201-222). São Paulo: Pioneira.

Spink, M. J. P., & Matta, G. C. (2010). *A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos*. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vieira, C., & Oliveira, O. (2012). *O papel do psicólogo na atenção primária na era NASF: ações, concepções e perspectivas*. [Versão eletrônica]. In M. C. Zurba (Org.), *Psicologia e Saúde Coletiva* (pp. 103-121). Florianópolis: Tribo da Ilha.

Vilela, E. M., Messias Mendes, I. J. (2003). *Interdisciplinaridade e saúde: um estudo bibliográfico*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11(4), 525-531.

Zurba, M. C. (2011). *Um lugar para o psicólogo na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta política para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil através da territorialização do psicólogo* [Versão eletrônica]. In E. A. Tomanik, & A. M. P. Caniato (Orgs.), *Psicologia Social: desafios e ações* (pp. 57-75). Maringá: ABRAPSO.

Recebido: 23/07/2013

Última revisão: 27/01/2015

Aceite final: 13/02/2015

Sobre as autoras:

Maria Edilânia Matos Ferreira Furtado - Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Residente em Psicologia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Escola de Saúde Pública do Ceará)

Liliane Brandão Carvalho - Doutora em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR) e Professora do curso de psicologia da Universidade de Fortaleza.