

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Maria Socorro de Menezes

PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
visão dos médicos da Estratégia de Saúde da Família

Governador Valadares, Minas Gerais

2014

MARIA SOCORRO DE MENEZES

PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:

visão dos médicos da Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares, Minas Gerais

2014

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território - GIT

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
 MARIA SOCORRO DE MENEZES**


Matrícula Nº 8582

Aos vinte seis dias do mês de setembro de 2014 (dois mil e quatorze), às 16h00 (dezesesseis horas), na sala 08 do Bloco PVA da Universidade Vale do Rio Doce, reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada "PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde, elaborada pela aluna **Maria Socorro de Menezes**. A comissão julgadora foi composta pelas professoras Doutoras, Suely Maria Rodrigues (orientadora) – GIT/UNIVALE, Maria Gabriela Parenti Bicalho - UFJF, Marileny Boechat Frauches Brandão – UNIVALE. Abrindo a sessão, a presidente da Comissão, Prof.^a Dr.^a Suely Maria Rodrigues após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulares do Trabalho Final, passou a palavra a mestranda Maria Socorro de Menezes para apresentação de sua Dissertação. Logo após a arguição das examinadoras, a Comissão se reuniu, sem a presença da mestranda e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora consideraram por unanimidade a Dissertação APROVADA fazendo as seguintes observações:

SEGUIR AS RECOMENDAÇÕES DA BANCA, ENTRE
ELAS: CORREÇÃO ORTOGRÁFICA, ADEQUAÇÃO
AS NORMAS TÉCNICAS

Em seguida o resultado foi comunicado publicamente a candidata pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a reunião e lavrou-se a presente Ata que será assinada por todos os membros da comissão Examinadora. Governador Valadares, 26 de setembro de 2014.


 Prof.^a Dr.^a Suely Maria Rodrigues


 Prof.^a Dr.^a Maria Gabriela Parenti Bicalho


 Prof.^a Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu força e sabedoria para alcançar mais este objetivo.

Aos meus pais que apesar da ausência física, estiveram presentes em meus pensamentos dando-me conforto e ânimo diante das dificuldades. Lembrar do incentivo de vocês me fortalece.

De uma forma especial a Suely Rodrigues, minha orientadora, que em meio às suas inúmeras atribuições na Universidade, esteve disponível para esclarecer-me dúvidas e apontar-me com segurança os caminhos que me conduziriam ao resultado deste trabalho.

Ao professor Haruf Salmen, coordenador deste programa de mestrado, que me acolheu gentilmente em todos os momentos em que o procurei, sanando todas as minhas dúvidas e necessidades que surgiram no decorrer do curso.

Ao meu esposo Eduardo Rey, companheiro e amigo que me acompanhou em cada passo desta pesquisa, incentivando-me e se colocando sempre à disposição para apoiar-me quando necessitava. Aos meus queridos irmãos José Antônio, Helio, Geralda, Adélia, Neide, Lenir e Suely que o tempo todo mostravam-se preocupados em amenizar as dificuldades que surgiram no decorrer da execução deste trabalho e compreendiam a minha ausência nas reuniões de família.

De uma forma muito especial ao Otacílio, que identificava as minhas fragilidades às vezes antes do que eu, sinalizando o melhor caminho e apoiando-me sem medir esforços. “Vocês são mais que especiais!”

A todos os meus amigos em especial, Claudia, Elane, Elizete, João Carlos, Jaider, Lucas, Leonardo, Mariza, Tamyris, Tereza, Vânia e Vanessa, que não mediram esforços para auxiliar-me. “Vocês foram anjos em minha vida, nos dias de sufoco”.

Aos pesquisadores e bolsistas do grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade – SAIS desta Universidade que me acolheram e me apoiaram com carinho nos momentos em que precisei estar junto com os mesmos no laboratório de pesquisa. “O café da tarde deixou saudades”.

A todos os professores do GIT (UNIVALE), que me forneceram subsídios para a produção científica e reflexão sobre os conceitos de território. Em especial ao Mauro e à minha ex-orientadora Rita Cristina, que me acompanharam nos primeiros passos que me conduziram a este trabalho.

Às professoras Dr.^a Marileny Boechat (Univale) e Dr.^a Maria Gabriela Parenti Bicalho – UFJF (GV) que se colocaram à disposição para avaliar esta dissertação, oferecendo contribuições importantes.

À Cristiane, coordenadora do NASF deste município e aos colegas de trabalho, Aline, Luis, Cristiane, Rafaella e Vera, que me apoiaram e compreenderam as minhas ausências em algumas atividades e as adequações na agenda da equipe em função da realização desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde e coordenação de Atenção Básica deste município, que acreditaram em meu trabalho e se colocaram à disposição para fornecer-me as informações necessárias.

Aos sujeitos da pesquisa, que demonstraram muita simpatia e disponibilidade para fornecer-me informações e que foram imprescindíveis para a realização desta dissertação.

Muito Obrigada !

RESUMO

As políticas públicas de saúde do Brasil contemplam a presença do psicólogo na Atenção Básica à Saúde (ABS) por meio do modelo de matriciamento às equipes de saúde da família. A atuação deste profissional na Atenção Básica é uma prática relativamente nova da área da Psicologia que vem esbarrando em limitações teóricas e técnicas específicas de sua formação. Esta pesquisa teve o objetivo de conhecer a percepção dos médicos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a respeito da atuação do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesta investigação foram utilizadas uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. A amostra foi constituída por médicos, de ambos os sexos que trabalham em doze Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Governador Valadares/MG, que recebem apoio matricial do NASF. Os dados quantitativos foram coletados por meio de um questionário com perguntas para identificação do perfil dos participantes. Para os dados qualitativos foi realizada uma entrevista semi-estruturada, gravada, composta por questões relacionadas à percepção do trabalho desenvolvido pelo profissional psicólogo do NASF na Atenção Básica na visão do médico. Os dados quantitativos foram analisados por meio do Software *Sphinx Léxica versão 5.1.0.4*. Para a apuração dos dados qualitativos foi utilizada a técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2011). Os resultados apontaram que a média de idade dos participantes é de 30,5 anos. Com relação ao gênero 58,3% foram masculino e 41,7% feminino. A maioria (66,7%) possui tempo de formado em medicina, de seis meses a três anos, sendo que 58,3% possuem especialização em Saúde da Família ou estão cursando. A partir da análise qualitativa dos dados coletados surgiram as categorias: Trabalhar a Saúde Mental; Avaliar, acompanhar e tratar; Melhoria na Saúde Mental dos sujeitos; Interferência Positiva; Encaminhamento do médico ao psicólogo; Encaminhamento do psicólogo ao médico; Melhoria na Infraestrutura. Na concepção do médico, o Psicólogo do NASF avalia e trata a saúde mental dos sujeitos inseridos na ESF, por meio de consultas psicológicas, individuais, em grupos, psicoterapia cognitiva comportamental. Para os entrevistados o psicólogo é o profissional mais adequado para abordar a saúde mental uma vez que não se sentem capacitados para este trabalho e por isso sugerem maior disponibilidade deste profissional na ESF. Observa-se que o médico reconhece a importância do trabalho em equipe e que lhes faltam recursos teóricos e práticos sobre a saúde mental, apontando para a necessidade de ampliação do saber dos profissionais da saúde sobre a função das equipes de Apoio Matricial na Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Básica. Apoio Matricial. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Psicologia. Saúde Mental.

ABSTRACT

The Brazil public health policies include the presence of the psychologist in the primary health care (ABS) by matricial model to family health teams. The performance of this professional in primary care is a relatively new practice of psychology area that has been running into theoretical limitations and specific techniques of their training. This research aimed to know the perception of doctors working in the Family Health Strategy (FHS) in respect of the psychologist at the Center of Support for Family Health (NASF). In this investigation we used a quantitative and a qualitative approach. The sample consisted of doctors, men and women who work in twelve Health Strategies of urban family of the city of Governador Valadares / MG, receiving matrix support the NASF. Quantitative data were collected through a questionnaire with questions to identify the profile of the participants. For qualitative data were a semi-structured interview, recorded, included issues related to the perception of the work of the NASF the professional psychologist in primary care in the doctor's view. Quantitative data were analyzed using the software Sphinx Lexical version 5.1.0.4. To determine the qualitative data was used the technique of "content analysis" (Bardin, 2011). The results showed that the average age of participants is 30.5 years. In the group 58.3% were male and 41.7% female. The majority (66.7%) have time degree in medicine from six months to three years, and 58.3% have specialization in Family Health or are studying. The qualitative analysis of the collected data the following categories emerged: Work Mental Health; Assess, monitor and treat; Improved Mental Health of the subjects; Positive interference; Routing of the medical psychologist; Psychologist referral to a physician; Improved Infrastructure. In medical design, NASF Psychologist evaluates and treats the mental health of subjects inserted in the ESF, through psychological consultations, individual, groups, cognitive behavioral psychotherapy. For the interviewed psychologists are the most appropriate professional to address mental health as they do not feel qualified for this job and therefore suggest greater availability of this person in the FHS. It is observed that the doctor recognizes the importance of teamwork and they lack theoretical and practical resources on mental health, pointing to the need to expand the knowledge of health professionals on the role of Matrix Support teams in primary care.

Keywords: Primary Care. Matrix Support. Support Center for Family Health (NASF). Psychology. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ilustração da divisão político administrativa das 19 regiões de Valadares.....	51
Quadro 1 – Áreas de abrangência do NASF em Valadares.....	52
Quadro 2 – Distribuição das ESFs, equipes do NASF, região geográfica e número de médicos que participaram do estudo.....	53
Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos excluídos do estudo com seus respectivos motivos.....	55
Quadro 4 - Distribuição das Faculdades de formação dos participantes do estudo quanto à administração e localização (estado).....	64
Quadro 5 - Distribuição dos temas abordados e as categorias derivadas.....	67
Tabela 1- Características sociodemográficas dos médicos entrevistados nas Estratégias de Saúde da Família de Governador Valadares MG (n=12).....	60

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CRP- Conselho Federal de Psicologia

CFP- Conselho Federal de Psicologia

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

M - Médico

MS – Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAB – Plano de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PET- Saúde- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMMB - Programa Mais Médicos para o Brasil

PMAQ – Programa de Melhoria no Acesso e Qualidade

Proge-SUS- Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

PROVAB- Programa de Valorização da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PST- Projeto de Saúde no Território

PTS- Projeto Terapêutico Singular

SAS- Secretaria de Atenção à Saúde

SGTES- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SESU- Secretaria de Educação Superior

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	16
2.1.1 Princípios e Diretrizes Gerais da Atenção Básica.....	18
2.1.2 Avanços e Desafios da Atenção Básica.....	21
2.1.3 Estratégia de Saúde da Família - ESF.....	25
2.1.4 Estratégia de Saúde da Família – ESF de Governador Valadares.....	29
2.2. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
2.2.1 O NASF em Governador Valadares.....	34
2.3 A PROFISSÃO DE PSICÓLOGO.....	35
2.3.1 O Psicólogo na Atenção Básica de Governador Valadares	40
2.4 TERRITÓRIO E SAÚDE.....	42
3 OBJETIVOS.....	48
3.1 GERAL.....	48
3.2 ESPECÍFICOS.....	48
4 METODOLOGIA.....	49
4.1 ABORDAGEM DE ESTUDO.....	49
4.2 TIPO DO ESTUDO.....	49
4.3 UNIVERSO DO ESTUDO.....	50
4.4 AMOSTRA.....	53
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	54
4.6 ESTUDO PILOTO.....	56
4.7 COLETA DE DADOS.....	56
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	58

4.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
5.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	59
5.1.1 Caracterização da amostra.....	59
5.2 DADOS QUALITATIVOS.....	66
5.2.1- Tema Atribuição do psicólogo.....	67
5.2.1.1- Categoria 1: Trabalhar a Saúde Mental.....	67
5.2.1.2 Categoria 2: Avaliar, acompanhar e tratar.....	71
5.2.2- Tema Expectativa da atuação do psicólogo.....	74
5.2.2.1- Categoria: Melhoria na Saúde Mental dos sujeitos.....	74
5.2.3 - Tema Interferência do psicólogo no tratamento da saúde do sujeito.....	78
5.2.3.1- Categoria: InterferênciaPositiva.....	78
5.2.4 Tema Abordagem do médico ao psicólogo para encaminhar/discutir caso	
clínico.....	80
5.2.4.1- Categoria: Encaminhamento ao psicólogo pelo médico psicólogo.....	80
5.2.5 Tema Abordagem do psicólogo ao médico para encaminhar/discutir caso	
clínico.....	85
5.2.5.1- Categoria: Encaminhamento ao médico pelo psicólogo.....	85
5.2.6- Tema Sugestões para melhoria do atendimento.....	87
5.2.6.1- Categoria: Melhoria na Infraestrutura.....	87
6 CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	98
APENDICES.....	105
ANEXO.....	114

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresenta-se com uma formatação da atenção básica que busca revisar a regulamentação, implantação e operacionalização dos serviços de atenção à saúde da população brasileira vigentes, inserida à Estratégia Saúde da Família (ESF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O modelo da ESF vem substituir o formato tradicional de atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à medida que adota uma estratégia para oferecer ações de saúde próximas das famílias, com intervenção qualificada, integral e permanente, atuando nos fatores de riscos aos quais a comunidade está exposta (BRASIL, 2012).

Este modelo visa melhoria na qualidade de vida das pessoas, e a intervenção se dá em um território definido, com população delimitada e a partir do perfil epidemiológico e demográfico da área de atuação da ESF. A equipe é composta por médico, enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ter agregada a ela uma equipe de saúde bucal como odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental. Estes profissionais realizam os seus atendimentos na unidade de saúde ou nos domicílios dentro de um território delimitado com uma população aproximada de três mil pessoas (BRASIL, 2012).

Considerando a necessidade de ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social e as transformações no conceito de saúde, o Ministério da Saúde sancionou a Portaria GM Nº 154, em 24 de Janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF tem por objetivo ampliar a abrangência das ações de Atenção Básica, bem como sua resolubilidade por meio do trabalho de apoio de equipes compostas por assistente social, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros (BRASIL, 2008).

A partir das diretrizes que norteiam as ações de saúde na Atenção Básica (AB), a saúde mental dos usuários dos serviços de saúde, deve ser trabalhada por todos os profissionais do NASF por meio do apoio matricial em conjunto com a equipe de ESF, realizando atividades prioritariamente em grupo de forma que amplie a capacidade dessas equipes de realizarem ações com indivíduos em sofrimento psíquico. Desse modo, possivelmente ocorrerá integração aos demais pontos da rede assistencial proporcionando

prevenção e tratamento dos transtornos mentais, bem como promoção da saúde e reabilitação psicossocial a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2009).

As diretrizes do processo de trabalho do NASF apresentadas no Caderno de Atenção Básica nº 27, apontam que os profissionais deste serviço devem atuar por meio do apoio matricial, criando espaços coletivos de discussões e planejamento, organizando e estruturando espaços de:

- (a) atendimento compartilhado;
- (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias;
- (c) ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009, p. 55).

Para Campos (1999), o modelo de apoio matricial foi adotado em decorrência da impossibilidade do serviço de Atenção Básica manter nas equipes alguns profissionais necessários para atendimento às necessidades da população. Desta forma especialistas distintos podem auxiliar as equipes de referência no cuidado do usuário por meio de uma determinada carga horária semanal.

O Ministério da Saúde reconhece que o trabalho em saúde mental exige muitas adequações em seus diversos setores e ressalta que, embora a Política de Saúde em vigor seja voltada para ações integradas, principalmente entre as Estratégias da Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e à Comunidade, não se pode negar que o formato da saúde ainda segue uma lógica fragmentada herdada do modelo biomédico que há muitos anos tem tido sua hegemonia garantida (BRASIL, 2009).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a inserção do psicólogo na Atenção Básica à saúde se apresenta como um campo de experimentações e criações de relevância histórica para o desenvolvimento da prática desse profissional na saúde pública. Considerando este novo cenário de atuação, as instituições formadoras de psicólogos poderia proporcionar-lhes mais conhecimento e prática na área de Saúde Mental. Fomentando com isso, reflexão e orientação sistêmica dos serviços para a promoção e a produção de novas subjetividades, menos restritas, preconceituosas e mais diversificadas, onde seja possível que o diferente, o novo, se expresse e encontre seu lugar, quer entre os profissionais de saúde, quer entre aqueles para quem se destinam os serviços (CFP, 2009).

Considerando que a incorporação do psicólogo nas ações de Atenção Básica é uma prática inovadora do sistema público de saúde do Brasil, buscou-se por meio deste estudo conhecer a percepção do profissional médico com relação a estas práticas, buscando subsidiar ações que contribuam para a promoção de visão positiva de saúde, ou seja, o modo como os

profissionais vivenciam e atuam nas atividades multiprofissionais no âmbito da atenção primária.

Espera-se que este trabalho possa auxiliar na construção social de novos espaços e lugares do psicólogo dentro do território da Atenção Básica. Poderá ainda influenciar no território da saúde com reflexões sobre o fazer dos profissionais desta área, gestores públicos, bem como instituições formadoras dessa categoria profissional e na reorientação da prática do psicólogo e do cuidado em Saúde Mental na saúde pública, principalmente junto às equipes de ESF e NASF.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A PNAB foi instituída no Brasil, em 21 de outubro de 2011, com objetivo de revisar a regulamentação de implantação e operacionalização dos serviços de atenção à saúde da população, no que se refere à Estratégia Saúde da Família (ESF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dentre as leis, portarias e decretos considerados para a aprovação desta política, destaca-se a lei que trata da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS - nº 8.080, de 19 de setembro 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes além de outras providências (BRASIL, 2012).

Embora seja recente a institucionalização da PNAB no Brasil, as discussões e implementação de serviços neste seguimento não são algo novo, sendo assunto discutido ao longo dos anos tanto em territórios nacionais quanto internacionais. Segundo o Ministério da Saúde o processo de cuidado básico à saúde tem recebido denominações diferentes, variando entre o termo “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde (APS)”. Porém, para PNAB, os dois termos são equivalentes, associando a ambos os seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2011).

Foi a partir dos movimentos mundiais na busca de melhoria da saúde da população, que a Atenção Primária à Saúde foi conquistando o seu espaço na sociedade. Dentre esses movimentos a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde se caracteriza como um marco importante desse processo. A mesma aconteceu no ano de 1978 na capital de Cazaquistão, situada na antiga União Soviética, onde abordou-se a importância dos cuidados primários à saúde e apresentou como meta o tema “Saúde para todos no ano 2000” (MENDES, 2004).

Esta conferência deu origem a um documento intitulado “Declaração de Alma-Ata” que expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os trabalhadores da área da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Enfatiza que a saúde não se restringe à simples ausência de doença

ou enfermidade, e sim a um estado de completo de bem – estar físico, mental e social que é um direito humano fundamental. Este documento alerta que o alcance do “mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial”. Os cuidados primários à saúde são tratados nesta declaração como cuidados essenciais aos indivíduos, que devem integrar-se ao sistema de saúde do país sendo levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Outro evento internacional que marcou o processo de desenvolvimento da Atenção Básica à saúde foi a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá no ano de 1986 gerando uma carta de intenções importante para atingir a meta proposta pela declaração Alma-Ata, que é Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. As discussões desta conferência foram baseadas nos avanços alcançados através dessa declaração e em documentos elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que tratam a temática saúde para todos; bem como, no debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais. Todavia, seu maior objetivo foi destacar a importância dos padrões socioeconômicos, políticos e culturais sobre as condições de saúde nos países industrializados, com vistas à promoção da saúde da pessoas (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Nas discussões desta conferência, a promoção da saúde é compreendida como um processo de capacitação da comunidade para intervir na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, envolvendo uma maior participação no controle deste processo. Enfatizou que para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber reconhecer aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Neste sentido o conceito de saúde toma uma conotação positiva ao destacar os recursos sociais, pessoais e capacidades físicas do sujeito. Nesta perspectiva, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva da área da saúde, e “vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986). Para Starfield (2002), esta carta enfatizou as ações intersetoriais definindo como pré-requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade, apresentando um conceito positivo de saúde

Segundo Luz, (1994) as reflexões sobre o conceito de saúde ocorridas nesta conferência influenciaram a ampliação da diversidade de profissionais atuando na atenção à saúde do brasileiro uma vez que discutiu-se a concepção de saúde como resultado de condições sociais, e não como um simples estado biológico, ausência de patologias, superando, dessa forma a concepção medicalizada de saúde. Fatores políticos, econômicos,

sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos foram incorporados como determinantes no processo saúde-doença e passou-se a considerar a importância da promoção de saúde e da participação comunitária no processo de reorientação dos serviços e políticas de saúde. As propostas realizadas nesta conferência se concretizaram parcialmente em 1988 com a nova Constituição Federal e efetivamente em forma da Lei 8.080 de 1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a partir da Carta de Ottawa, que passou-se a considerar os determinantes de saúde, com foco nos indivíduos, nas suas famílias e na população, e não na enfermidade (LUZ, 1994).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstra que além de movimentos internacionais, em favor da promoção da saúde, muitos foram os esforços dos cidadãos brasileiros a favor do fortalecimento da PNAB. Segundo o Ministério da Saúde essa política é fruto da experiência acumulada dos movimentos sociais, dos usuários dos serviços de atenção à Saúde, trabalhadores e gestores públicos Municipais, Estaduais e Federais que estiveram ao longo dos anos envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação desse sistema. Estes movimentos viabilizaram a descentralização e a capilaridade, dos serviços de saúde com vistas a garantir a promoção da saúde dos brasileiros com qualidade e em local o mais próximo possível de suas residências (BRASIL, 2012).

2.1.1 Princípios e Diretrizes Gerais da Atenção Básica

A Atenção Básica é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade ao Sistema de Saúde, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, devendo funcionar como um serviço preferencial dos usuários do SUS, como porta de entrada e como facilitadora do contato dos mesmos com toda a rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Estes serviços se organizam por meio de Território Adstrito e adscrição dos usuários, como diretriz e fundamentação para viabilizar o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012). O termo adscrição origina-se do Latim (*adscriptiones*) significando aditamento, adição ao que está escrito. Territorialização e adscrição da clientela

significa que trabalha com território de abrangência definido. A palavra “Adstrito”, também é de origem latina (*Adstrictu*) *significando*, apertado, ligado; sujeito; contraído (ARTMANN; RIVERA, 2003; ESPÍRITO SANTO, 2008).

O território onde as ações de Atenção Básica são desenvolvidas é um espaço que não se restringe apenas a uma extensão geométrica, sendo composto também pelo perfil epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, da população que nele vive. O reconhecimento das peculiaridades, bem como, da permanente construção desse espaço, é importante para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, para o planejamento e avaliação das ações de saúde dentro do mesmo (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A adscrição dos usuários de um território contribui para que as equipes de saúde acolham e escutem de modo universal a todas as pessoas que procuram as unidades de atenção básica, favorecendo o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização quanto às suas necessidades de saúde, além de assegurar-lhes a acessibilidade aos serviços de saúde, a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado à sua saúde (BRASIL, 2012).

Para Cunha e Giovanella (2011), a longitudinalidade ou vínculo longitudinal pode ser considerado como uma ferramenta importante para a prática dos profissionais de saúde e para a gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS).

A atuação do profissional através do princípio longitudinalidade possibilita o estabelecimento de sua relação com os usuários e equipes de saúde ao longo do tempo. Também pressupõe a continuidade da relação clínica, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde, ajustando condutas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado. Nesse sentido, o acolhimento, a escuta e a resolutividade são consideradas dentro da PNAB, como função principal dos profissionais que atuam nestes serviços. Os mesmos devem oferecer resposta às demandas dos usuários, se responsabilizando pelas mesmas, embora estas sejam ofertadas em outros pontos de atenção da rede (BRASIL; 2012).

Para Starfield (2002) a longitudinalidade, na atenção primária, se caracteriza pela relação pessoal entre profissionais de saúde e a comunidade, desenvolvendo um vínculo de identificação mútua que facilita a coordenação do cuidado na saúde primária.

Segundo o Ministério da Saúde essa coordenação do cuidado resulta da coordenação da integralidade das ações de atenção aos usuários do SUS, através de intervenções multiprofissionais, interdisciplinares e em equipe, centrado no usuário (BRASIL, 2012). Raffestin (1993), também falou sobre a importância do processo de organização de ações.

Para ele “nenhuma sociedade, por mais elementar que seja, escapa à necessidade de organizar o campo operatório de sua ação.”

Este processo de organização por equipes, visa integrar as ações programáticas e demanda espontânea, articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia destes usuários e coletividades (BRASIL, 2012).

Ao atuar de acordo com as especificidades do território, a equipe de saúde pode facilitar o desenvolvimento da autonomia e a capacidade dos usuários para cuidar da sua saúde e da coletividade do território. Estas habilidades são desenvolvidas através da inclusão dos mesmos nas ações de controle social, e em atividades individuais e coletivas disponibilizadas pelo SUS. Estas ações auxiliam a população no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde, considerando a dinamicidade dos territórios em que estas pessoas estão inseridas, os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e a necessidade de acolher toda e qualquer necessidade de saúde ou sofrimento apresentada pelo usuário (BRASIL, 2012).

A discussão da PNAB envolvendo conceitos territoriais de autores de áreas e épocas distintas possibilita melhor compreensão sobre o Território da Atenção Básica ao mesmo tempo que demonstra a viabilidade e riqueza da reflexão interdisciplinar permitindo novo olhar sobre os fatos históricos e os ocorridos na atualidade. Um exemplo desta riqueza pode ser visto na complementaridade entre os pensamentos dos autores da área de vigilância em saúde Monken; Barcellos, (2005), e da geografia cultural Claval, (2007). Para os primeiros autores, o território da Atenção Básica deve ser visto não somente como uma extensão, geométrica, sendo composto também pelo perfil epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, da população que nele vive. O Segundo neste mesmo sentido, afirma a existência de uma geografia do próprio homem que resulta da cultura que lhe foi transmitida bem mais do que de sua herança biológica. Apontou o território como uma categoria fundamental de toda a estrutura espacial vivida.

2.1.2 Avanços e desafios da Atenção Básica

O Brasil é considerado o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde público universal, integral e gratuito, vem paulatinamente enfrentando desafios para garantir a infraestrutura necessária para a expansão e desenvolvimento das atividades de Atenção Básica em todo o seu território nacional (BRASIL, 2012).

Villela (2009), apontou diversos desafios vivenciados pelos profissionais que trabalham nas unidades de saúde da família, que dificultam a oferta de cuidado integral ao sujeito atendido neste serviço. Dentre esses desafios destaca-se aqueles relacionados ao número excessivo de famílias sob responsabilidade de cada equipe; carência de uma rede de suporte para os usuários e de apoio psicológico para a equipe de trabalho; necessidade de capacitações regulares; insuficiência da formação dos profissionais para atuar na promoção da saúde; centralidade do atendimento médico com limitação do tempo deste profissional, prejudicando o seu trabalho; falta de fluxos e protocolos estruturados; estrutura física inadequada; questões sensíveis que chegam à recepção e necessitam de uma escuta do médico ou do psicólogo e nem sempre podem ser atendidas de imediato.

As ações de enfrentamento a estes desafios fazem parte da estratégia denominada de “Saúde Mais Perto de Você”, que no ano de 2012 registrou o maior aumento de repasse de recursos diretos aos municípios desde a criação do Plano de Atenção Básica (PAB), visando à equidade e à qualidade. Além deste repasse ter sido maior que o do ano de 2010, o Ministério da Saúde através do princípio da equidade beneficiou os municípios mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. O PAB fixo passou a diferenciar o valor per capita por município (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde tem adotado medidas para a transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município. Além dessa medida, a utilização do modelo de ESF também é considerado como ação voltada para o fortalecimento da Atenção Básica no que tange à promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (GIOVANELLA, et. al., 2007).

O governo federal tem se preocupado também com a modernização das Unidades Básicas de Saúde e qualificação do atendimento à população. Para isso em parceria com

estados e municípios propõe a construção de mais de três mil unidades e reforma de mais de 20 mil unidades já existentes contemplando sua ampliação e informatização (BRASIL, 2012).

Estes investimentos são importantes porque a ineficiência da estrutura física das unidades de ESF, tem sido um dos fatores que vem dificultando a atuação dos profissionais no cuidado integral aos sujeitos. “O espaço físico das ESFs não oferece garantia de privacidade nas escutas”. (VILLELA, 2009).

Embora apresente vários desafios, a nova PNAB avança enquanto gestão e coordenação do cuidado do usuário integrando-o às demais redes de atenção e afirmando seu caráter acolhedor e resolutivo. Neste sentido o Ministério da Saúde cria a Estratégia Saúde da Família, investindo no modelo de gestão para resultados o qual valoriza e premia equipes e municípios que assumem compromissos e alcançam resultados, de acordo com a referência de padrões de acesso e qualidade pactuados entre governo federal, municipais, estaduais. Ocorreu também maior reconhecimento da necessidade de novos modelos de equipes para intervir em diferentes populações e realidades do Brasil (BRASIL, 2012).

Segundo Rosa; Labate (2005), a busca de novos modelos de assistência á saúde é decorrente de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não é suficiente para as demandas do mundo moderno e conseqüentemente às necessidades de saúde das pessoas. Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família (PSF) surge como uma nova maneira de trabalhar a saúde, considerando a “família como o centro de atenção e não somente o indivíduo doente”.

No ano de 2006, este modelo de atenção à saúde recebeu o nome de “Estratégia de Saúde da Família – ESF”. O Ministério da Saúde estabeleceu esta mudança, porque a nomenclatura “Programa” possui tempo determinado e “Estratégias” é permanente e contínua (DALPIAZ; STEDILE, 2011; BRASIL, 2006).

Além dos diferentes formatos de ESF, a população de rua passou a ser atendida por equipes de Atenção Básica através dos consultórios na rua; houve ampliação do número de municípios habilitados para ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e diminuíram os entraves para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012).

Destaca-se também como benéfico dessa nova política, as iniciativas de sua articulação com ações importantes do SUS tais como, intersetorialidade, promoção da saúde através da universalização do Programa Saúde na Escola que se expandiu às creches; da alimentação mais saudável com o estabelecimento de acordo com as indústrias e escolas e da implantação de mais de 4 mil polos da Academia da Saúde até 2014 (BRASIL, 2012).

Para ampliar as ações e a resolubilidade do cuidado à saúde no Brasil a PNAB implantou o programa telessaúde, integrou os sistemas de informação e regulação dos serviços para a continuidade do cuidado do usuário que necessita da atenção especializada. Integraram-se também as ações das equipes de Atenção Básica e equipes do Melhor em Casa para atuarem no cuidado domiciliar (BRASIL, 2012).

Para Weiller; Schimith (2014) um dos obstáculos encontrados pelo SUS está relacionado ao grande número de instituições de ensino formadoras de profissionais para atuarem na área da saúde que não incorporam em sua grade curricular práticas de cuidado coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, colocando em risco a política de saúde do estado brasileiro.

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) instituído em 2006 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde) criado em agosto de 2008 podem ser considerados como uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde para enfrentar progressivamente os desafios apresentados pelo SUS. O ProgeSUS objetiva propor diretrizes organizacionais para a “modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (BRASIL, 2014).

O PET - Saúde é um programa que visa integrar ensino-serviço-comunidade, através de parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação (BRASIL, 2014).

Buscando melhorar ainda mais o serviço de saúde da Atenção Básica, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Este programa tem por objetivo estimular e valorizar os profissionais de saúde para trabalharem na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, através de equipes multiprofissionais, inserindo-os em áreas com maior vulnerabilidade. É uma das estratégias utilizadas pelo governo brasileiro para preparar os profissionais para as práticas de cuidado coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que muitas instituições formadoras destes profissionais não incorporam estas diretrizes em sua grade curricular (WEILLER; SCHIMITH, 2014).

Os profissionais que trabalham através do PROVAB utilizam-se de uma estratégia de educação à distância e supervisão pedagógica articulada ao “bônus” de 10% nas provas de residência médica para aqueles que tiverem interesse em ingressar em programas de residência (SOUZA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

No ano de 2013 o governo implantou o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) visando ampliar a cobertura de atendimento médico em todo território Nacional. Esse programa foi instituído através de uma medida provisória regulamentada pela presidência da República por meio da lei 12.871/2013 em resposta às reivindicações de movimentos de rua ocorridos em junho de 2013 em todo o país. Um dos temas centrais apresentados pela população nesses movimentos estava relacionado à falta de médicos na rede pública de saúde (BRASIL, 2014).

Para Carvalho (2014) a proposta do governo envolve abertura do mercado de trabalho para profissionais estrangeiros e mudanças na formação dos médicos propondo alterações em grades curriculares dos cursos de medicina. Coloca como requisito para a formação nesta profissão, que o estudante passe pela experiência de atendimento do SUS na Atenção Básica.

A implantação do “Mais Médicos” geraram disputas entre governo e entidades médicas a fim de legitimar seus interesses. A validação do diploma estrangeiro, bem como, o seu registro profissional, foi alvo de muitos questionamentos apontados pela mídia e pela associação médica brasileira, remetendo-nos à disputa simbólica que se colocou em jogo. Fica evidente nesta conjuntura, a divisão de interesses e posicionamentos sobre a iniciativa de implantação desse programa, apontando que a busca por hegemonia surge quando um assunto ou tema envolve mais de um grupo ou pessoa, em que se inicia a disputa de valor (CARVALHO, 2014).

Este tipo de disputa pelo poder no território da saúde, novamente da abertura para utilização de conceitos de estudos territoriais. Segundo Raffestin, (1993) a disputa simbólica pelo poder faz parte das relações estabelecidas entre as pessoas, sendo motivo de constante instabilidade entre os grupos sociais que buscam o tempo todo estratégias de estruturação e desestruturação.

[...] O poder é imanente, está no interior da relação. O poder não reside no caráter dominador da empresa que manipularia os dominados; reside em estratégias que combinam códigos diferentes e opostos: territorialização x desterritorialização, estabilidade x instabilidade, tempo longo x tempo curto, espaço x espaço abstrato. Numa sociedade que nunca está plenamente reconciliada, grupos eminentemente ativos são engajados numa estratégia de desestruturação e reestruturação (RAFFESTIN, 1993).

2.1.3 Estratégia de Saúde da Família

Com vistas à integralidade do cuidado à saúde das pessoas, no ano de 1994 foram constituídas Equipes de Saúde da Família como política de fortalecimento da Atenção Básica sendo a saúde da família considerada pelo SUS como prioridade para a sua organização. Em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica foi publicada com um novo formato que consolida a Saúde da Família como estratégia nacional e destaca a importância deste modelo de cuidado para a saúde dos brasileiros. Para o Ministério da Saúde a organização desse ponto de atenção em formato de Estratégia de Saúde da Família, torna-se a mais adequada para atender às necessidades da população, uma vez que atua de acordo com as características do território onde as pessoas encontram-se inseridas (BRASIL, 2007).

A assistência de forma integral como se propõe os serviços oferecidos na Atenção Básica, está relacionada à assistência ampliada, com articulação das ações entre os profissionais envolvidos, no sentido de enxergar o ser humano como sujeito dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades (VIEGAS; PENNA, 2013).

Evidencia-se mais uma vez a importância de se discutir conceitos relacionados ao território, pois, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Abrange sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Nesta perspectiva a Estratégia de Saúde da Família se apresenta como um modelo de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa reorientar o processo de trabalho com maior capacidade de aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica no Brasil. Busca ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). O modelo de saúde da família é considerada como uma proposta de direcionamento dinâmico para a atenção primária à saúde (BARBOSA; DIAS, 2008).

Pensando na continuidade deste tipo de serviço, no ano de 2012 o governo Federal através da nova PNAB definiu dentre suas prioridades que os governos estaduais, municipais e Distrito Federal passassem a utilizar-se do modelo de Estratégia de Saúde da Família como forma de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica em todo o território

Nacional, haja vista a existência de serviços de saúde da Família tradicionais. Nesses serviços nem sempre se utilizam da territorialização e adscrição da população e em vez do médico de família os atendimentos são realizados por três especialidades básicas da medicina: clínica geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia (BRASIL, 2012).

Segundo Ministério da Saúde a equipe do ESF deve ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Outros profissionais poderão ser acrescentados conforme necessidades de saúde da população, modalidade das equipes, realidade epidemiológica e institucional (BRASIL, 2012).

A definição do número de usuários cadastrados em uma ESF e a composição da equipe de trabalho leva em consideração as peculiaridades da comunidade onde a mesma se insere. Para cada unidade localizada dentro do território de grandes centros, recomenda-se que a quantidade de habitantes cadastrados na mesma, não ultrapasse de doze mil. O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser doze por equipe, cabendo a cada uma responsabilizar-se por um máximo de setecentos e cinquenta pessoas. Recomenda-se que cada equipe de Saúde da Família se responsabilize por aproximadamente três mil pessoas podendo chegar a no máximo, quatro mil, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Cada profissional deve estar cadastrado em apenas uma ESF, cumprir carga horária de quarenta horas semanais com exceção do médico que poderá ter carga horária variada e atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de quarenta horas semanais. Esta delimitação ocorre para viabilizar o maior acesso possível das pessoas com os serviços de saúde, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação, longitudinalidade do cuidado e a responsabilidade sanitária de toda equipe pelas diversas realidades socioepidemiológicas (BRASIL, 2012).

A presença de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) é indispensável para que uma Unidade Básica de Saúde –UBS - funcione como ESF. Esta equipe deve ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal:

cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Outros profissionais poderão ser acrescentados conforme necessidades de saúde da população, modalidade das equipes, realidade epidemiológica e institucional (BRASIL, 2012).

Segundo Sherer; Pires; Jean (2013), o trabalho integrado, desenvolvido pelos profissionais que compõem uma equipe de ESF é ao mesmo tempo imprescindível e desafiante. Imprescindível por englobar diferentes saberes no cuidado dos sujeitos atendidos nesse seguimento. Desafiante por exigir envolvimento pessoal de cada membro desta equipe para lidar com as inovações propostas pela interdisciplinaridade que é trabalhar em equipe.

[...] A interdisciplinaridade requer uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, invasão das fronteiras disciplinares, desenvolvimento de competências para lidar com os desafios do meio e atitude individual como componente fundamental para o agir profissional (SHERER; PIRES; JEAN, 2013).

A articulação dos diferentes saberes apresenta-se como um caminho na integralidade das ações profissionais e na operacionalização das políticas públicas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A falta da interdisciplinaridade, ocasiona a fragmentação dos dispositivos das tecnologias em saúde (MENDES; SILVEIRA; LEWGOY, 2008).

Devido a esta possibilidade de variação entre um tipo de equipe de saúde da família e outra, ocorre também variação no incentivo financeiro mensal que o governo federal disponibiliza para uma equipe , varia entre o valor integral, 85% ou 60% do total do repasse federal . Uma equipe que conta com a presença do médico em horário parcial é caracterizada como equipes transitórias. O Ministério da Saúde recomenda que nesta modalidade não ultrapasse de 2.500 pessoas por equipe e que o gestor tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe. A flexibilidade na carga horária do médico não pode comprometer o trabalho em equipe, jornada de trabalho do mesmo e demais profissionais da equipe devem estar combinadas com os horários e dias de funcionamento das ESF (BRASIL, 2012).

Este tipo de UBS deve estar cadastrado no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigentes; possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica, pactuados nacionalmente e possuir conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão destas unidades (BRASIL, 2012).

A estrutura física das unidades de saúde da Família precisam estar de acordo com o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, sendo: Consultórios:

médico/enfermagem; odontológico e consultório com sanitário; salas: para acolhimento à demanda espontânea por equipe multiprofissional, para administração e gerência; para atividades coletivas, para procedimentos, vacinas, inalação coletiva, coleta, curativos, observação; e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); dentre outras. Áreas: recepção, arquivos, registros; e dispensação de medicamentos. A orientação é que seja realizada a manutenção regular desta estrutura, dos equipamentos, do estoque dos insumos utilizados, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS (BRASIL, 2012).

Com o redirecionamento do modelo dos serviços de atenção à saúde faz-se necessário a formação permanente das equipes de trabalho. Esta formação deve ser voltada para a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular, visando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e da pessoa. Deve estimular experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde a partir da articulação e apoio dos governos estaduais e federais aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas (BRASIL, 2012).

Neste processo de construção de estratégias de cuidado à saúde das pessoas de acordo com sua realidade, faz-se necessário que as propostas de capacitação dos profissionais sejam contextualizadas na realidade do trabalho em saúde e contempladas numa política de valorização ao trabalhador. A educação permanente abrange estes aspectos, podendo ser uma estratégia de transformação da educação em serviço (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Básica à saúde, o governo brasileiro instituiu no ano de 2011, o Programa de Melhoria no Acesso e Qualidade (PMAQ) por meio da portaria número 1654. Trata-se de uma ferramenta utilizada pelo Ministério da Saúde para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços voltados para os cuidados básicos à saúde, oferecendo incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao mesmo. Este incentivo é variável e será transferido às equipes da ESF mensalmente de acordo os resultados alcançados. Visa maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a essa área, além de garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2012).

O PMAQ é o resultado de negociação e pactuação entre o Ministério da Saúde, gestores municipais e estaduais, após muitas discussões, formularam soluções para viabilizar a elaboração de um programa que permitisse a “ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil” (LIMA, 2012).

2.1.4 Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares – MG

No Município de Governador Valadares existem quarenta e uma ESF implantadas, que recebem o apoio matricial e quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além destas ESFs, a Atenção Básica deste município conta também com quatro Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS) e doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais que encontram-se em fase de adequação para serem cadastradas como ESF. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde deste município, as maiores dificuldades apresentadas nos serviços de Atenção Básica (AB) estão relacionadas à escassez do profissional médico que gera alta rotatividade dos contratados e o não cumprimento da sua carga horária de trabalho nas ESF, favorecendo o pouco vínculo deste profissional com a comunidade (GOVERNADOR VALADARES, 2013).

Visando ampliar a oferta de profissionais médicos na AB, Governador Valadares, através do Ministério da Saúde aderiu ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Com isto, no ano de 2013 e início de 2014 houve uma ampliou-se o número de médicos vinculados à AB, melhorando a qualidade e a resolutividade desses serviços. Os profissionais do PROVAB iniciaram sua vinculação com este município no ano de 2013 e os do PMMB, em fevereiro de 2014 (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Com a renovação do PROVAB ocorrida no início de 2014, população valadarense passou a contar com 30 profissionais médicos e 6 profissionais enfermeiros trabalhando na AB através deste programa. Atualmente, existe um total de 59 médicos disponibilizados nas unidades de AB deste município, viabilizando a expansão da Estratégia de Saúde da Família. Destes, vinte e nove são oriundos do PMMB sendo 19 cooperados de nacionalidade cubana e 10 brasileiros (destes, 7 migraram do PROVAB).

Com a ampliação do número de médicos foi possível organizar o processo de mudança das Estratégia de Agente Comunitário de Saúde - EACS para ESF (EACS São Paulo, EACS Jardim Pérola e EACS Zona Rural e EACS Nossa Senhora das Graças), bem como abertura de nova equipe de ESF, a ESF Figueira. Com essas mudanças, a previsão é de que sejam implantadas doze novas ESFs com vistas a ampliar a abrangência da cobertura deste tipo de serviço na AB, passando de 53% para aproximadamente 72% de cobertura da população valadarense. A efetivação destes serviços depende dos tramites burocráticos - que encontram-

se em andamento - tais como, credenciamento destes serviços junto ao Ministério da Saúde e adequação das estruturas físicas, além da contratação dos recursos humanos (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Para a adesão aos programas “Mais Médicos” e PROVAB, o município de Valadares, enfrentou algumas dificuldades burocráticas, se destacando as adequações jurídicas. Se tratando do PMMB foi necessário a criação de lei que autorizasse o repasse dos valores pecuniários para alimentação e moradia aos profissionais. A morosidade na emissão do Registro junto ao Ministério da Saúde (RMS) que autoriza e efetiva o atendimento dos médicos estrangeiros no Brasil também foi um fator que dificultou a efetivação deste programa. Apesar dessas dificuldades, já é possível notar que a AB se fortaleceu após a vinda de mais médicos por meio destes programas, haja vista, que estes profissionais, têm desenvolvido excelentes trabalhos junto às equipes de ESF, atuando de acordo com os princípios: Primeiro Contato, Coordenação, Integralidade da Atenção, Longitudinalidade, Centralização na Família e Orientação Comunitária (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

2.2. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi inserido nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde no ano de 2008. Este núcleo, composto por equipes de profissionais de áreas distintas foi criado para apoiar os profissionais que atuam nos programas de saúde da família na resolutividade dos problemas apresentados pela população por meio da oferta de uma determinada carga horária semanal. Este tipo de apoio é denominado Apoio Matricial (BRASIL,2012). Para Campos (2011) a equipe da ESF é quem se responsabiliza pela elaboração e desdobramento do projeto terapêutico do paciente, devendo acionar a equipe de apoio do NASF quando necessário.

O apoio matricial surge com o objetivo de tentar amenizar os agravos ocasionados pelo modelo vertical adotado pelas diretrizes tradicionais dos sistemas de saúde que historicamente segue um formato hierarquizado e regionalizado em que se preconiza a ideia de autoridade entre um profissional que encaminha e o outro que recebe o encaminhamento.

Ou seja, o nível primário dirige-se ao secundário e assim sucessivamente transferindo ao outro a responsabilidade pelo encaminhamento em vez de compartilhar esta responsabilidade (CAMPOS, 1999).

A palavra Matriz é de origem latina, sendo utilizada para indicar ideia de direcionamento, de reprodução, de rede de guias, de entrada e saída com elementos lógicos dispostos em determinadas interseções. Apoio significa escora, suporte, base, esteio, pedestal entre outros (HOUASS, 2004).

O Ministério da Saúde utiliza-se do termo apoio matricial para explicar uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar, orientando para uma prática horizontal entre os profissionais que assistem o usuário do Sistema Único de Saúde – SUS, pautada no diálogo, na interação, na corresponsabilização entre as equipes. A palavra apoio é apresentada como uma estratégia para operacionalizar essa relação horizontal a partir da construção de linhas intercessoras entre os profissionais de referência e especialistas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As equipes de referência seguem um modelo de trabalho em saúde que considera o vínculo terapêutico e a comunicação eficaz entre as equipes como fator primordial para a promoção de saúde, uma vez que esta relação estimula a co-produção de saúde, ampliando o compromisso entre todos os profissionais envolvidos no cuidado do usuário. Nesse sentido o profissional apoiador ocupa a função de construir de forma compartilhada com outros interlocutores os projetos de intervenção lançando mão dos saberes de todos os profissionais envolvidos no processo, distribuindo tarefas entre si com foco na resolutividade da demanda do paciente (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A função de apoiadores matriciais dos dispositivos da gestão pública, exercida pelas equipes de NASF visa potencializar a rede de serviço em saúde. Porém, os documentos publicados pelo Ministério da Saúde sobre a organização desse serviço, deixa margem para diferentes interpretações sobre o seu papel junto às redes de saúde locais. Este fato, contribui com o surgimento de disputas no contexto local sobre como operacionalizar o NASF, favorecendo a co-existência de diferentes modelos de trabalho (SAMPAIO, et al., 2012).

As diferentes formas de atuação do NASF nas redes de saúde locais demonstram as múltiplas faces do território da Atenção Básica. Diversas territorialidades vão surgindo a partir de diferentes relações de poder que vão sendo manifestadas em diversas escalas espaciais e sociais desses serviços. Segundo Raffestin (1993), a territorialidade é consubstancial a todas as relações e seria possível dizer que, de certa forma, é "face vivida" da "face agida" do poder.

De acordo com as diretrizes ministeriais, o trabalho da equipe do NASF, acontece por meio das modalidades assistencial e técnico-pedagógico. A primeira modalidade é pautada numa abordagem clínica direta com os usuários por via de atendimentos na unidade de saúde, visitas ou atendimentos domiciliares e atividades em grupos. Já a modalidade técnico-pedagógica tem suas intervenções voltadas para a educação permanente em saúde, junto às equipes da Atenção Básica através de discussões dos casos, construção de plano de cuidado, atendimento compartilhado e oficina sobre tema específico (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, estas intervenções devem ser planejadas a partir de um diagnóstico das condições de vida e de saúde dos grupos sociais do território de atuação destas equipes. Para intervir através destas modalidades de cuidado e atuar na qualificação das ações das equipes de ESF, o profissional do NASF precisa fazer uso da clínica ampliada, do matriciamento, do projeto terapêutico singular e do projeto de saúde no território, com foco no fortalecimento dos princípios da Atenção Básica e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Uma clínica ampliada exige do profissional de saúde um olhar para além do que o sujeito apresenta de igual. Ver o que ele apresenta de diferente, de singular, abrindo assim inúmeras possibilidades de intervenção (BRASIL, 2007).

Os profissionais do NASF podem desenvolver suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território; devem trabalhar em horário coincidente com as unidades de atenção básica; serem cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, às quais estão vinculados (BRASIL, 2012).

De acordo com a portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 publicada pelo Ministério da Saúde, as equipes de apoio matricial dos NASFs podem ser organizadas, com financiamento federal, nas modalidades 1, 2 e 3 sendo que a implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro correspondente ao NASF. As equipes destes NASFs devem ser compostas por profissionais de nível superior que estarão vinculadas a Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2012).

O que distingue uma modalidade de NASF da outra é a quantidade de equipe de Atenção Básica que cada equipe de NASF se vincula, a carga horária semanal prestada por cada equipe de NASF e a quantidade de equipes que cada município pode implantar.

Na modalidade 1, cada equipe de NASF deverá estar vinculada a no mínimo 5 e a no máximo 9 equipes saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica. A soma das cargas horárias semanais dos membros desta equipe acumulam no mínimo duzentas horas semanais sendo que nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que vinte horas. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo vinte horas e no máximo oitenta horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012).

Na modalidade 2, cada equipe de NASF deverá estar vinculada a no mínimo 3 e a no máximo, 4 equipes saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica. A soma das cargas horárias semanais dos profissionais desta equipe deve acumular no mínimo cento e vinte horas semanais e nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo quarenta horas de carga horária semanal. O número máximo de NASF 2 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de um NASF 2 (BRASIL, 2012).

Na modalidade 3, cada equipe de NASF deverá estar vinculada a no mínimo 1 e a no máximo 2 equipes saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. A soma total de carga horária semanal dos membros da equipe deve acumular no mínimo oitenta horas semanais e nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que vinte horas. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo vinte horas e no máximo quarenta horas de carga horária semanal. O número máximo de NASF 3 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de um NASF 3 (BRASIL, 2012). Esta modalidade surge com o objetivo de promover a atenção integral em saúde de uma forma geral e em saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica para municípios com porte populacional menor que vinte mil habitantes (LIMA, 2013).

Mangia; Lacman; (2008), afirmaram que a portaria 154 que instituiu o NASF, contemplava a existência apenas de duas modalidades diferentes de NASF, sendo, NASF 1: composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior de categorias distintas os quais deveriam desenvolver suas ações junto a no mínimo 8 equipes de saúde da família e NASF 2: para municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações distintas, tendo que desenvolver suas ações junto a no mínimo 3 equipes de saúde da família.

Em 10 de abril de 2013, o Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica publica nota técnica referente à definição dos fluxos para adequação às modalidades de NASF. Orienta os municípios interessados em mudar a modalidade do NASF ou em ampliar o número de equipes, a elaborarem projetos de acordo com a portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Essa nota estabelece que estes projetos após serem apresentados ao Conselho Municipal de Saúde, precisam ser encaminhados à Secretaria Estadual de Saúde (SES) até dezembro de 2013. Após ser analisados por essa secretaria e submetido à comissão Intergestora Bipartite (CIB) e havendo aprovação, esta, informará ao Ministério da Saúde o número de equipes e modalidades correspondente a cada município e a composição das equipes e sua respectiva carga horária (BRASIL, 2013).

O NASF é considerado como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Todavia trata-se de um projeto ambicioso que ainda está muito distante desse horizonte, frente ao perfil formativo da maior parte dos profissionais de saúde que encontrarão muitos obstáculos neste percurso (MANGIA; LACMAN, 2008).

Lima, (2013), compreende que por ser um modelo recente, pode-se dizer que o NASF está em processo de construção, e que “este modelo foi idealizado para estar em constantes modificações, a fim de se adequar e produzir resultados em conjunto com a ESF no seu território de ação” (LIMA, 2013).

2.2.1 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares

Em Governador Valadares existem oito equipes de NASF de modalidade um. As quatro primeiras equipes foram implantadas em junho de 2008 e as outras quatro em maio de 2014. Estas equipes são constituídas pelas categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Até o ano de 2013, cada equipe de NASF apoiava nove ESF, sendo que cada profissional disponibilizava quatro horas por semana em cada uma. Com a contratação de mais quatro equipes de NASF, estas passaram a assistir cinco ESF e com isso a carga horária dos profissionais ampliou de quatro para oito horas semanais em cada unidade de saúde. Estes profissionais realizam suas atividades nas

instalações das ESF, em área física de parceiros da comunidade e por meio de visitas domiciliares (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Para que fossem criadas novas equipes de NASF, no ano de 2013, a gestão da saúde do município de Governador Valadares, com apoio direto de todos os profissionais das quatro equipes já existentes elaborou quatro projetos de intervenção de acordo com a realidade do território de cada ESF os quais foram apresentados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

2.3 A PROFISSÃO DE PSICÓLOGO

A profissão de psicólogo é considerada como nova no Brasil, uma vez que a mesma foi regulamentada através da Lei Federal nº 4.119 de 1962 e o seu exercício autorizado pelo Conselho Federal de Educação através do Decreto nº 53.464 de 1964. Todavia antes deste período, no ano de 1956, a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro já havia implantado o curso de formação de psicólogos, dentre outras universidades que nos anos subsequentes também implantaram o curso. A partir daí os psicólogos foram conquistando seu espaço em todo território brasileiro, começando pelo trabalho nas áreas de orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica, diagnóstico psicológico, bem como na aplicação de testes psicológicos (DIMENSTEIN, 1998).

Posteriormente a Psicologia inseriu-se em áreas tradicionalmente ocupadas pelo médico, realizando estudo de caso, perícias e psicoterapia, culminando em conflito entre estas duas categorias profissionais. Médicos e psicólogos reivindicavam competência exclusiva no mercado de trabalho. Desta forma o psicólogo passou a exercer a sua profissão em basicamente quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério (DIMENSTEIN, 1998).

No final da década de 70 passaram a existir no Brasil novas áreas de atuação do psicólogo e muitos destes profissionais se inseriram em instituições públicas prestando assistência à saúde pública. Estas novas áreas surgiram dentro de um contexto histórico-político-econômico determinado, o qual viabilizou a construção e consolidação da ideia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade propiciando nova valorização

cultural da profissão. Mesmo assim, neste período, a quantidade de psicólogos na área da saúde era pouco expressiva, se comparada com categoria médica, que representava 74,42% da força de trabalho no campo da saúde no ano de 1984. Além disto, neste período não era comum falar de equipes multiprofissionais de saúde (DIMENSTEIN, 1998).

Segundo Ronzani; Rodrigues, (2006) a inserção da Psicologia na saúde pública, se deu por via do envolvimento de vários psicólogos, na década de 80, em ações voltadas para o entendimento dos fatores determinantes da ocorrência da AIDS e seus efeitos sobre o indivíduo e a sociedade; a redução do mercado de trabalho em clínica privada devido à crise econômica; as críticas feitas à Psicologia clínica tradicional, por não apresentar significado social; os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade; a mudança da concepção de atenção à saúde no Brasil, que passou da visão assistencialista e curativa, para uma visão sustentada por um conceito ampliado de saúde a partir da constituição de 1988.

As reformas sanitárias e psiquiátricas denominadas luta antimanicomial, propiciaram a quebra da exclusividade do saber tecnocientífico favorecendo a mudança da política de saúde mental no Brasil na década de 70. Estas mudanças ocorreram à medida que foram incorporados novos saberes em especial das ciências humanas no modelo de saúde desta época, viabilizando a inserção da Psicologia no setor público. Com estes movimentos a Psicologia comunitária passa a ter maior divulgação ampliando o número de psicólogos em vários segmentos da população brasileira (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

Nascimento (2004), considerou que os psicólogos são grandes formuladores de propostas na gestão dos serviços de saúde pública. Enfatizou que, o novo modelo de organização política administrativa do Brasil proposto pelas alterações na Constituição Federal de 1988, favoreceu a inclusão dos princípios da descentralização e a participação da sociedade civil organizada nas instâncias de elaboração e definição de políticas públicas por meio do controle social, onde os psicólogos encontram-se inseridos.

Para este autor, a criação de um sistema de atenção integral à saúde do indivíduo portador de transtorno mental é resultado de movimentos sociais que contavam com a participação ativa dos psicólogos e outros profissionais envolvidos com a causa. Estes movimentos, denominados Reforma Psiquiátrica, deram origem à Lei nº 10.216 de 2001, a qual redireciona as ações de saúde Mental no Brasil. A partir desta lei o modelo de tratamento psiquiátrico em manicômio foi gradativamente substituído por outros dispositivos de acolhimento, incluindo os serviços de atenção primária à saúde. Como isso o tratamento do

doente mental passou a basear-se em atenção primária e diária com foco no modelo de reabilitação, inserção e resgate da cidadania dos mesmos.

Segundo Carvalho; Yamamoto (2002) O psicólogo foi ganhando espaço nos serviços públicos de saúde à medida que os órgãos públicos foram constatando que o psiquiatra não poderia modificar o quadro assistencial tradicional, necessitando assim de grupos multiprofissionais. (CARVALHO; YAMAMOTO, 2002). Para Matarazzo (1982), a Psicologia da saúde agrega conhecimento educacional, científico e profissional sobre a teoria psicológica, importante para o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção e manutenção de saúde, na preservação e no tratamento da doença, na identificação da etiologia relacionada à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de política de saúde.

Influenciado pela concepção de saúde como resultado de condições sociais, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) definiu o ano de 2006 como o ano da Psicologia e da Saúde Pública. Neste período foram realizadas discussões, mesas redondas, debates, palestras, entre outras atividades visando a formação do psicólogo para atuar na saúde pública e adequações de aspectos políticos, administrativos e técnicos envolvidos na prática desta profissão (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

A pesar da existência de fatos históricos que afirmam a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde nota-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido neste sentido. Segundo Ronzani; Rodrigues, (2006) em nossos dias, ainda convivemos com fatores que dificultam o desenvolvimento desta profissão na política de saúde. Esses fatores estão relacionados à sua formação que prioriza a aplicação clínica na área da saúde mental em detrimento à saúde pública, desconsiderando o contexto social em que o indivíduo está vinculado, e além disto, a hegemonia do modelo médico curativista ainda se faz presente na área de saúde. Pode-se também considerar que relação da Psicologia com o campo das políticas públicas ainda é muito recente devido talvez aos modelos clínicos das psicoterapias utilizados pelo psicólogo. Para Andrade (2009) a atuação deste profissional nos serviços públicos de saúde tem se restringido aos atendimentos em nível secundário dirigidos às crianças e aos adolescentes com problemas emocionais e comportamentais. Por isso sugeriu a inclusão de conteúdos de saúde pública nos currículos de graduação ou na pós-graduação dos profissionais desta área.

2.3.1 O Psicólogo na Atenção Básica

Desde 2008, com a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os psicólogos têm se integrado às equipes multiprofissionais para realizar ações de matriciamento na Atenção Básica, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de transtorno mental e seus familiares. Nos dias atuais o seu papel vem sendo ampliado passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Ainda nesta publicação o CFP chama a atenção para a necessidade de reorientação da formação e do fazer da Psicologia na Atenção Básica. Afirma que a Psicologia na ESF aparece como campo de experimentações e criações de relevância histórica para o desenvolvimento da mesma, como disciplina científica e como profissão necessária ao campo da Saúde Pública, colaborando desta forma com a construção e fortalecimento do SUS e da própria ESF, por meio dos trabalhos desenvolvidos. Este conselho alerta para a importância da ampliação das habilidades clínicas do psicólogo no SUS, com vistas a situar e contextualizar a compreensão dos processos psicológicos dentro da realidade histórica onde estes se encontram (CFP, 2009).

Para esse conselho, as psicopatologias precisam ser olhadas em sua etiologia, ações de prevenção devem ser desenvolvidas, e um fazer de promoção da saúde (mental) deve ser estruturado. Orienta para a necessidade de desenvolver referenciais teórico-metodológicos, atualizar conceitos, potencializar a linguagem técnica, desenvolver a capacidade de comunicação com as pessoas e de atuar nos cenários colocados pela ESF (CFP, 2009).

Um relatório publicado pelo Conselho Federal de Psicologia no de 2010, sobre as práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na Atenção Básica à saúde, apontou que a lentidão no processo de concretização das mudanças nas concepções de saúde e de doença e nos modelos de cuidado à saúde da população, tem sido considerada como um fator que vem dificultando a atuação do psicólogo na Atenção Básica. Além disso, a atuação do psicólogo por meio do modelo de apoio matricial, somado ao grande número de atendimentos, à carga horária, baixo salário e carência de recursos materiais e humanos também foram mencionados como dificuldades. Muitos dos desafios enfrentados por estes profissionais foram atribuídos a deficiências na preparação desta categoria para atuar no contexto do SUS e das políticas

públicas, durante os cursos de graduação em Psicologia (CFP, 2010). Este relatório é resultado de uma pesquisa organizada pelo CFP e Centro de Referência Técnica em Psicologia Pública (CREPOP) e realizada por pesquisadores do centro de Estudos em Administração Pública e Governo da Fundação Getúlio Vargas (CFP, 2010).

Ainda este relatório apontou que a articulação das equipes multiprofissionais para a realização de um trabalho conjunto e a ampliação da atuação dos psicólogos para além do modelo clínico/individual foi outro desafio apontado pelos participantes da pesquisa. Apesar da existência de uma Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, a organização das ações de saúde nesse nível varia de uma região para outra do país e com isso a inserção do psicólogo nesse serviço acontece em conformidade com a gestão local da Atenção Básica à Saúde. Outro aspecto discutido foi que embora o psicólogo não seja incluído na equipe mínima de Atenção Básica, a sua atuação é bem próxima das ações desenvolvidas pelos demais profissionais da equipe de referência da ESF (CFP, 2010).

Com relação ao cuidado em saúde mental na Atenção Básica, este mesmo relatório mostrou que não se trata de um campo de atuação exclusivo do psicólogo, uma vez que o deve ser considerado na saúde da família, como um profissional generalista que junto com as demais especialidades comporá a abordagem interdisciplinar, através do diálogo, da atuação conjunta no cotidiano de trabalho na unidade local de saúde e na comunidade (CFP, 2010).

O entendimento equivocado da saúde mental estritamente como uma especialidade pode contribuir para a dicotomia saúde/saúde mental constatada nas políticas de saúde. Nesse sentido faz-se necessária a construção de políticas públicas de saúde mais claras e integradoras no que se refere à Psicologia no setor saúde, definição de papéis do psicólogo a respeito dos três níveis de atenção. Para isso é importante que as potencialidades da intervenção psicológica na atenção básica sejam conhecidas pelos gestores das políticas públicas das esferas federal, estaduais e municipais (CFP, 2010).

Segundo Boing; Crepaldi (2010), as políticas públicas do Brasil contemplam a presença do psicólogo na Atenção Básica através do modelo de matriciamento às equipes de saúde da família e este modelo de serviço constitui atuação de nível secundário. Considerou que há prevalência de inclusão do psicólogo nos níveis secundário e terciário de atenção, concluindo, no entanto, que a configuração das políticas de saúde não favorece a efetivação de uma atuação do psicólogo condizente com as demandas da Atenção Básica.

As atribuições específicas do psicólogo são utilizadas na política de saúde, exclusivamente como um especialista com uma prática racionalista e determinista gerando intervenções profissionais fragmentadas (a clínica tradicional). Não utiliza o psicólogo como

um profissional de saúde geral que busca a compreensão de indivíduos em contextos, através de uma atuação interdisciplinar (BOING; CREPALDI, 2010).

O psicólogo clínico geral contribui com sua especificidade, refletindo, flexibilizando e contextualizando suas práticas permitindo o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde do indivíduo. Neste sentido, o SUS deveria contar com a presença do psicólogo nas unidades locais de saúde, inseridos nas equipes de saúde da família para auxiliar no desenvolvimento de ações interdisciplinares voltadas para a atenção integral e com os psicólogos especialistas nos núcleos e nos centros nos níveis secundário e terciário. A inclusão de outros profissionais na equipe mínima, dentre eles o psicólogo, representa, sobretudo o aumento da possibilidade de se compor um trabalho interdisciplinar de qualidade (BOING; CREPALDI, 2010).

O governo federal demonstra reconhecer que o trabalho em saúde mental exige muitas adequações em seus diversos setores. Ressalta que embora a política em Saúde em vigor seja voltada para ações integradas principalmente entre as Estratégias da Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a comunidade, não se pode negar que o formato da Saúde ainda segue uma lógica fragmentada herdada do modelo biomédico que há muitos anos teve sua hegemonia garantida (BRASIL, 2009).

A ação de saúde mental é apresentada pelo Ministério da Saúde como prioridade na organização das redes de saúde e refere-se ao apoio matricial do NASF como suporte às equipes de Saúde da Família no tratamento do sofrimento psíquico dos usuários atendidos na Atenção Básica. Neste documento o Apoio matricial em saúde mental é descrito como um serviço capaz de viabilizar o desenvolvimento de habilidades das equipes de saúde da família para lidar com as questões emocionais dos usuários, capacitando-as para fazer uso da rede assistencial disponível em sua comunidade em prol da saúde dos usuários ampliando assim, o acesso destes, aos serviços de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2009).

2.3.2 O Psicólogo na Atenção Básica de Governador Valadares

A inserção do psicólogo na Atenção Básica de Governador Valadares se deu no ano de 2008 na ocasião da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Deste período até maio de 2014, a Secretaria Municipal de Saúde possuía em seu quadro funcional

quatro psicólogos, sendo cada um lotado em uma das quatro equipes de NASF para desenvolver atividades de matriciamento em trinta e seis Estratégias de Saúde da Família deste município (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Estes psicólogos, juntamente com os profissionais das categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista, eram responsáveis por oferecer apoio matricial em Saúde Mental a nove equipes de ESF através de uma carga horária semanal de 40 horas. Em maio de 2014 foram contratados mais quatro psicólogos, ampliando o tempo de permanência deste profissional na ESF (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Inicialmente o trabalho do psicólogo junto às equipes das ESF acontecia por meio da disponibilização de quatro horas por semana em cada uma das nove ESF em que estava vinculado, podendo ou não ter o seu horário coincidente com um ou mais integrantes da equipe de NASF em que encontrava-se inserido. Com a ampliação de mais quatro equipes, o psicólogo passou a disponibilizar oito horas semanais para cada ESF com o objetivo de apoiar as ações desenvolvidas pelas ESF (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

As atividades do psicólogo do NASF são direcionadas à capacitação dos profissionais que compõem as equipes das ESF e apoio nos casos clínicos mais complexos, ao atendimento aos usuários das unidades de saúde por meio de consulta individual e grupos operativos, à interlocução entre a ESF, comunidade e rede de atenção psicossocial. Estas práticas devem obedecer aos critérios estabelecidos por este município através do decreto número 9.671 de 10 de abril de 2012, o qual regulamenta o pagamento de gratificação aos profissionais que trabalham no NASF, em consonâncias com o Ministério da Saúde (GOVERNADOR VALADARES, 2012).

De acordo com este decreto, o psicólogo terá acrescido ao seu salário base um incentivo no valor aproximado de R\$1.500, 00 (Um mil, quinhentos e trinta e oito reais) mediante o desenvolvimento mensal das seguintes atividades:

- I- Pelo menos uma ação de prevenção ao uso de álcool e outras drogas;
- II- Nove grupos operativos com foco na saúde mental;
- III- Setenta atendimentos individuais;
- IV- Trinta visitas domiciliares;
- V- Duas reuniões entre as equipes do NASF e da ESF;
- VI- Dois encontros direcionados à consolidação do Programa Saúde na Escola.

Estas atividades podem ser desenvolvidas nas instalações das ESF, em área física da comunidade, em outros pontos de atenção à saúde e por meio de visitas domiciliares. O artigo terceiro deste decreto estabelece que o servidor que deixar de cumprir 02 (duas) das metas

estipuladas receberá a gratificação proporcionalmente à razão de 80% (oitenta por cento) do valor integral e à razão de 70% (setenta por cento) quando deixar de cumprir três ou mais metas (GOVERNADOR VALADARES, 2012).

Segundo informações do Departamento de Atenção Básica do município de Governador Valadares, no momento estas metas encontram-se informalmente suspensas, devendo o psicólogo atuar de acordo com as demandas apresentadas pelas ESFs (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

2.4 TERRITÓRIO E SAÚDE

O Território em Saúde é um espaço onde as pessoas vivem, se relacionam, trabalham e cultivam suas crenças e culturas, não se restringindo apenas a uma delimitação geográfica. O Ministério da Saúde através do Caderno de Atenção Básica nº 21, considera ser de suma importância que o cuidado à saúde da população de um dado território se organize dentro de uma base territorial onde a distribuição dos serviços siga uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. Esta delimitação permite a identificação das prioridades e o planejamento das ações mais adequadas a serem desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) favorecendo desta forma ocorrência de intervenção local. Para o planejamento destas ações no território, utiliza-se do processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde. Esse planejamento precisa considerar as relações entre as condições de vida das pessoas e a saúde e o acesso das mesmas aos serviços de saúde. (BRASIL, 2007)

Este tipo de organização de serviço em saúde tomou força a partir de 1994 quando o SUS passou a adotar o modelo de Estratégia de Saúde da Família, para cuidar da saúde do brasileiro de forma integral. Este modelo considera a família como a principal referência para o desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, visando a manutenção da saúde da comunidade. Integrar implica discutir ações a partir da realidade local; aprender a olhar o

território e identificar prioridades assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população (BRASIL, 2007).

Segundo Starfield (2002) a promoção, manutenção e melhora da saúde de um determinado número de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada, ficam sob responsabilidade de uma equipe de profissionais que de forma organizada e racionalizada utiliza-se de todos os recursos disponíveis tanto básicos como especializados para cuidar da saúde destas famílias. É através da atenção primária que o usuário entra no sistema de saúde. É um serviço que oferece atenção à pessoa, não apenas direcionada para a enfermidade, mas, que aborda os problemas mais comuns na comunidade, prestando serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É considerada como a base para o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

Segundo Campos (2011), vem complementar o território não se restringe simplesmente ao espaço político-operativo de um sistema de saúde. O mesmo se caracteriza como um espaço onde as pessoas se relacionam socialmente, vivenciam seus problemas de saúde e interagem com os profissionais de saúde. É no território que se identifica o perfil sócio demográfico, epidemiológico, social e cultural de uma população que permanece em constante processo de construção. Para Raffestin (1993) o território se forma a partir do espaço, sendo resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. À medida que este ator se apropria de um espaço, seja de forma concreta ou abstrata, o mesmo “territorializa” o espaço. Toda sociedade necessita organizar o campo operatório de sua ação.

A reflexão sobre o processo de territorialização da Atenção Básica sob o ponto de vista estudos territoriais, vem complementar o entendimento sobre a dinâmica de funcionamento deste território. Para Haesbaert (2004) um território deve ser visto e construído de forma integrada, envolvendo, ao mesmo tempo, a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço. Para ele, existem diferentes tipos de territórios que coexistiriam no mundo contemporâneo: territórios políticos, econômicos e culturais sendo que cada um deles possui uma dinâmica e variam de acordo com os fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço.

O processo de territorialização em saúde tem por base a construção de territórios-processos que são definidos por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes no território. São territórios de vida que se reconstróem todo o tempo, em suas diversas dimensões. A territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental (a geografia e

ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional. O foco da territorialização na ESF está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais: o território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF e o território microárea que é o território de responsabilidade de um ACS. No modelo tradicional de cuidados primários, o território área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF haverá tantos territórios de abrangência quantas são as equipes porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas (MENDES, 2012), que nem sempre são contemplados.

A integralidade das ações na Atenção Básica, precisa levar em consideração as dimensões sociais, política, cultural, econômica, naturalista, presentes no território. É a partir desta visão integrada do ser humano e sociedade que o profissional de saúde poderá conseguir ser eficiente no cuidado do sujeito. Novamente torna-se pertinente trazer as reflexões de Haesbaert, (2004) sobre estudos territoriais para ampliar a reflexão sobre a prática do profissional de saúde no território da Atenção Básica. Este autor considerou o território como fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material, podendo ser visto como movimento, fluidez, interconexão, dando origem a processos como a territorialização, a desterritorialização e a reterritorialização.

As diretrizes do Sistema Único de Saúde apontam que a territorialização em saúde se dá dentro dos processos de trabalhos das equipes de ESF. Tomando como base a análise das peculiaridades e maiores necessidades da população, estas equipes por meio de tecnologias de cuidado complexas e variadas desenvolvem ações de forma integral dentro do território onde atuam. Esta prática precisa gerar impacto na situação de saúde das comunidades, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Os territórios são, portanto, espaços e lugares, construídos socialmente, são variáveis e dinâmicos, e a sua peculiaridade mais importante é ser uma área de atuação, de fazer e de responsabilidade de diversas ações (MONKEN; BARCELOS, 2007).

O compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado à saúde dos usuários do SUS, na atenção básica, foram organizadas através instituição da Política Nacional de Atenção Básica instituída no Brasil no ano de 2011. A partir desta política os serviços de saúde passaram a adotar o formato de Estratégia de Saúde da Família, e configurando como resultado dos movimentos sociais que contou com a participação dos usuários dos serviços de

atenção à Saúde, trabalhadores e gestores públicos municipais, estaduais e federais que estiveram durante várias décadas envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

As discussões sobre a importância dos cuidados básicos à saúde tiveram seu marco na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978. Ocasão em que discutiu-se a promoção e proteção da saúde dos povos como essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Embora o Ministério da Saúde aborde o processo de territorialização no contexto da saúde observa-se a necessidade de maior praticidade deste processo, principalmente no âmbito da Atenção básica. Um estudo realizado no ano de 2012 com agente comunitário de saúde, enfermeiro e técnico de enfermagem da Atenção Básica do município de Ouricuri Pernambuco, sobre a participação de profissionais de saúde no processo de territorialização de uma unidade de Estratégia Saúde da Família, aponta que apesar dos profissionais da saúde participarem do processo de territorialização, ainda lhes falta conhecimento do verdadeiro sentido da territorialização. Nem todos compreendem que a continuidade da construção deste processo é a base da discussão e construção do modelo de assistência à saúde para comunidade onde os mesmos atuam. Evidenciou-se territorialização se limitam à adscrição de clientela e à descrição geográfico-epidemiológica da área de responsabilidade sanitária dos profissionais que atuam nas ESF (CALIXTO et. al., 2012).

Segundo Pereira e Barcellos (2006) a compreensão sobre o conceito de território varia nos âmbitos federal, estadual e municipal, bem como, dentro da própria Equipe de Saúde da Família. A delimitação de áreas e microáreas de atuação, é, em geral, realizada com base apenas no quantitativo de população, sem considerar a dinâmica social e política, destes territórios. Santos, (1998) considera que o espaço geográfico também se refere aos fluxos aos movimentos, circulação de mercadorias, de pessoas e de ideias.

Por meio da ESF, as pessoas passaram a ter acesso a um serviço de saúde de maior qualidade e mais próximo da sua residência. A partir do ano de 2008 as equipes deste serviço passaram a contar com profissionais de saberes diversos para apoiá-los em intervenções nas diferentes especialidades por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Dentre as especialidades contempladas no Nasf, destacamos a Saúde Mental com a presença do psicólogo (BRASIL, 2012).

Na impossibilidade do serviço de Atenção Básica manter na equipe alguns profissionais necessários para atendimento às necessidades da população de uma dada região, adota-se o modelo de apoio matricial para que especialistas possam contribuir com o cuidado do usuário junto com as equipes de referência por meio da oferta de uma determinada carga horária semanal (CAMPOS, 1999).

Os profissionais do NASF, representam o poder diante das equipes de ESF, por possuir um saber específico que ao ser partilhado com as equipes de ESF contribuem com o desenvolvimento das atividades na Atenção Básica. Para Raffestin, (1993) além da informação por si só, representar o poder, a intensidade deste poder poderá ser maior ou menor de acordo com os mecanismos utilizados no processo de comunicação desta informação.

[...] as palavras, as expressões e as mensagens circulam como mercadorias. Como outros produtos, cada palavra, expressão ou mensagem se apresenta como valor de uso, onde se tenta satisfazer uma necessidade de comunicação e valor de troca (RAFFESTIN, 1993).

A presença do psicólogo nos serviços de saúde pública vem sendo ampliada no decorrer das 3 últimas décadas sob forte influência das reivindicações iniciadas através da reforma psiquiátrica que teve seu apogeu no final dos anos 70. Com a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, tais iniciativas se fortaleceram, estimulando a implantação de muitos projetos que se apresentavam como substitutivos à assistência psiquiátrica clássica, oferecida naquela época pelos hospitais psiquiátricos (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Para Nascimento (2004) os psicólogos tem sido grandes formuladores de propostas na gestão de sistema de serviços através do controle social. O novo modelo de organização política administrativa do Brasil proposto pelas alterações na Constituição Federal de 1988, favoreceu a inclusão dos princípios da descentralização e a participação da sociedade civil organizada nas instâncias de elaboração e definição de políticas públicas.

A participação dos cidadãos brasileiros na elaboração e definição das políticas públicas, expressa a relatividade do poder, pontuada por Raffestin:

[...] não há superioridade absoluta e, menos ainda, inferioridade absoluta. Só há superioridade e inferioridade relativas. A passagem do relativo ao absoluto se inscreve num mecanismo de dominação para fazer triunfar um poder (RAFFESTIN, 1993).

Diante do exposto, pode-se considerar que os movimentos em prol do funcionamento dos serviços de saúde da Atenção Básica em formato de ESF, são manifestações de poder marcadas no processo de territorialização, assim como outras conquistas tais como, a Constituição Federal Brasileira, a implantação do sistema Único de Saúde, a Reforma

Psiquiátrica, a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde dentre outras. Este movimento das políticas públicas do Brasil e suas respectivas conquistas, remete mais uma vez ao pensamento de Raffestin, sobre o movimento que a sociedade realiza para realizar suas conquistas:

[...] essa territorialidade resume, de algum modo, a maneira pela qual as sociedades satisfazem, num determinado momento, para um local, uma carga demográfica e um conjunto de instrumentos também determinados, suas necessidades em energia e em informação. As relações que a constituem podem ser simétricas ou dissimétricas, ou seja, caracterizadas por ganhos e custos equivalentes ou não (RAFFESTIN, 1993).

Desta forma, pode-se concluir que o território da Atenção Básica já passou por diversas adequações e continuará se modificando nos anos subsequentes, haja vista que se trata de um espaço caracterizado pela sua capacidade dinâmica. Tais adequações estarão sujeitas a ganhos e perdas, o que vai depender dos instrumentos e energia disponível aos atores políticos num determinado momento e local.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Conhecer a visão dos médicos inseridos na Estratégia de Saúde da Família a respeito da atuação do psicólogo no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

3.2 ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Caracterizar a amostra estudada.
- 3.2.2 Identificar as atribuições do profissional de Psicologia na visão do médico que atua na ESF.
- 3.2.3 Conhecer as expectativas do médico em relação às ações desenvolvidas pelo psicólogo do NASF.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Este estudo utilizou uma abordagem quantitativa e qualitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável. A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis (SERAPIONI, 2000).

A investigação qualitativa se ocupa com os fenômenos humanos enquanto parte de uma realidade social que se distingue das demais, pela capacidade do ser humano de agir, pensar e interpretar suas ações a partir da sua interação com seus semelhantes. *“Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”*. Já a pesquisa quantitativa é um tipo de estudo que considera os princípios da causalidade, da observação sensorial, das generalizações e regularidades, dos dados visíveis e identificáveis (MINAYO, 2009).

A combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do seu objeto de estudo (MINAYO, 2004).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório e de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em um determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

4.3 UNIVERSO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Governador Valadares – MG, situado no leste do estado de Minas Gerais. Possui uma área de abrangência de 2.342,319 m² e conta atualmente com uma população aproximada de 266.19 habitantes (BRASIL, 2010). Além do distrito sede, Governador Valadares é composta pelos distritos: Alto de Santa Helena; Baguari; Brejaubinha; Derribadinha; Goiabal; Penha do Cassiano; Santo Antônio do Pontal; São José do Itapinoã; São Vítor; Vila de Nova Floresta; Chonim e Chonim de Baixo. Esta população conta com oitenta e nove (89) estabelecimentos de saúde municipais habilitados no sistema de gestão plena, cuja modalidade inclui o gerenciamento de todas as ações e serviços de saúde no município - ambulatoriais e hospitalares – abrangendo toda a zona urbana (IBGE, 2010). Estes estabelecimentos estão inseridos geograficamente no território das dezenove (19) regiões e bairros deste município conforme a ilustração da divisão política administrativa apresentada na Figura 1.

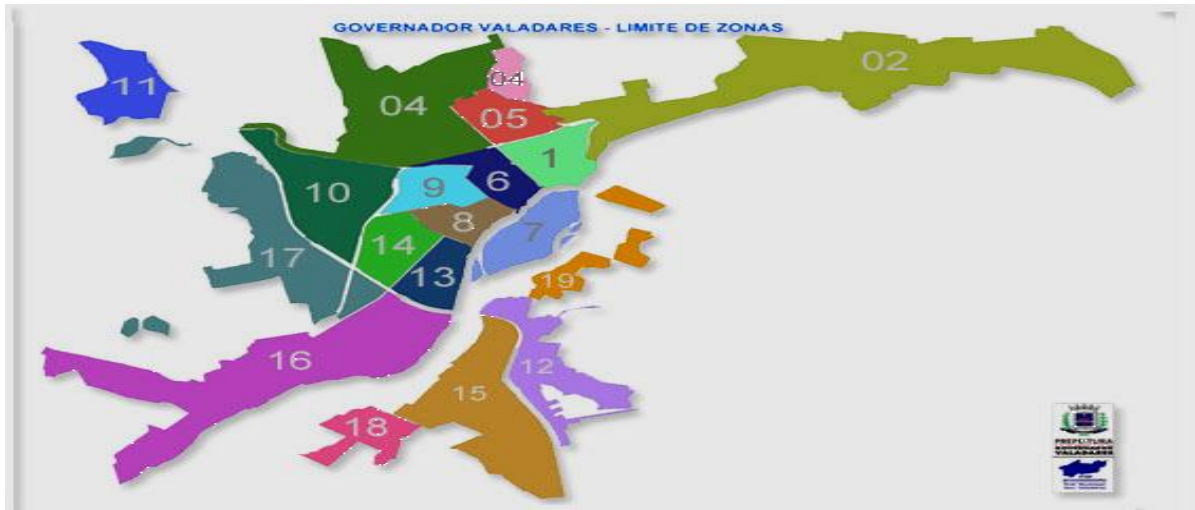


Figura 1- Ilustração da divisão político administrativa das 19 regiões de Valadares

Fonte: Secretaria de Planejamento (SEPLAN) - Governador Valadares – MG, (2013).

Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio

Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia

Região 04: Maria Eugenia – Esperança – Morada do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújo

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Santo Antonio – Vista Alegre

Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula

Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

Região 13: São Paulo – Santa Terezinha

Região 14: Loudes – Vila Bretas

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São José - Turmalina – Vila Ozanan

Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol

Região 19: Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

Segundo informações do Departamento de Atenção à Saúde de Governador Valadares (DAS), 2013), o município estudado possui atualmente, quarenta e uma (41) Estratégias de Saúde da Família implantadas, oferecendo uma cobertura assistencial à saúde de 51,84% da população. Todas as ESFs possuem um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, seis agentes Comunitários de saúde, uma equipe de saúde bucal. Trinta e seis recebem apoio matricial de quatro equipes de NASF (GOVERNADOR VALADARES, 2013).

As ESF que são apoiadas pelo NASF encontram-se localizadas em regiões distintas deste município conforme quadro 1.

EQUIPES DO NASF	REGIÕES	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NASF 1	2, 3, 5, 8, 13	Carapina I e II, Santa Efigênia, Santa Helena I e II, Sir I e II, Santos Dumond e Santa Terezinha.
NASF 2	10, 17	Altinópolis I, II, III e IV, CAIC I, Vila Ozanan, Fraternidade, Bela Vista e Novo Horizonte.
NASF 3	12, 15, 16, 18	Atalaia, Azteca, Ipê, Jardim Primavera, Vila Park Ibituruna, Vila dos Montes, Vila do Sol, Santa Rita I e II.
NASF 4	10,11, 17	Turmalina I, II e III, Mãe de Deus I e II, Santa Paula, Jardim do Trevo e Chonim.

Quadro 1 - Áreas de abrangência do NASF em Valadares

Fonte: Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e Departamento de Atenção à Saúde – DAS (GOVERNADOR VALADARES, 2013)

O apoio matricial do NASF, ou seja, a ação assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de saúde da Atenção Básica de Governador Valadares é desenvolvida por 4 equipes de modalidade um, constituída 06 profissional das categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, os quais são responsáveis por atender nove ESFs localizadas em diferentes regiões (GOVERNADOR VALADARES, 2013).

4.4 AMOSTRA

A amostra estudada foi constituída por 12 profissionais médicos, brasileiros, que trabalhavam há mais de seis meses em 12 ESF da zona urbana de Governador Valadares, Minas Gerais, que recebem apoio de 3 equipes do NASF deste município. Esta quantidade originou-se de um universo de 36 médicos que atuavam nas 36 ESF apoiadas pelo NASF, após considerar os critérios de exclusão e disponibilidade dos mesmos para serem entrevistados, conforme quadro 2.

	ESF	Equipe NASF	Região	Entrevistado
	Altinópolis 1	2	10	01
	Altinópolis 2	2	10	01
	Altinópolis 4	2	10	01
	Azteca	3	15	01
	Caic 1	2	17	01
	Fraternidade	2	17	01
	Jardim Primavera	3	19	01
	Santa Rita 1	3	16	01
	Santa Rita 2	3	16	01
0	Turmalina 1	4	17	01
1	Turmalina 2	4	17	01
2	Vila do Sol	3	18	01
Total de médicos entrevistados				12

Quadro 2: Distribuição dos sujeitos incluídos no estudo, ESF em que encontram-se vinculados com equipe do NASF apoiadora e região geográfica.

Acredita-se que esse total é um número ideal para ser analisado, pois de acordo com Santos (1999), o tamanho da mostra não é fator determinante da significância do estudo

qualitativo, uma vez que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas.

A escolha do profissional médico justifica-se por ser o profissional que demanda com maior frequência o serviço do psicólogo do NASF. Acredita-se, também, que o médico possua uma visão geral do atendimento realizado pelo psicólogo na ESF, podendo descrever a sua compreensão sobre o atendimento oferecido, de forma que contribua para a reflexão e aprimoramento da prática deste profissional na Atenção Básica.

O profissional médico é responsável pela assistência integral aos indivíduos e famílias, pela execução e/ou modificação de protocolos do Ministério da Saúde e também faz parte das suas atribuições participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; BRASIL, 2012).

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra profissionais médicos, brasileiros, de ambos os sexos, que atuavam há mais de seis meses em suas equipes de ESF da zona urbana do município de Governador Valadares.

Para Starfield (2002) a longitudinalidade no contexto da atenção primária, é a relação pessoal entre profissionais de saúde e a comunidade, desenvolvendo um vínculo de identificação mútua que facilita as ações de saúde primária. Esta relação existe por um período de tempo definido ou indefinido. Segundo Cunha e Giovanella (2011) a longitudinalidade/vínculo longitudinal são importantes atributos na prática profissional e pode ser considerada como uma ferramenta importante para a gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS).

Foram excluídos do estudo vinte e quatro médicos sendo que destes, cinco possuíam experiência na Atenção Básica por período menor do que seis meses; um encontrava-se de férias no período da coleta dos dados, um, atuava na zona rural, um não se sentiu à vontade para ter sua voz gravada durante a entrevista, um não teve disponibilidade em sua agenda para

ser entrevistado, nove participaram do estudo piloto e seis não possuem nacionalidade brasileira conforme quadro 03.

ESF		MOTIVO
01	Altinópolis III (Nasf 2)	Menos de 06 meses de experiência na AB
02	Atalaia	Não possui nacionalidade brasileira
03	Bela Vista	Não possui nacionalidade brasileira
04	Caic 2 (Vila Ozanan)	Não possui nacionalidade brasileira
05	Carapina 1	Participaram do estudo piloto
06	Carapina 2	Participaram do estudo piloto
07	Chonim de cima	Zona Rural
08	Ipé (2 médicos)	Não possui nacionalidade brasileira
09	Jardim do Trevo (Nasf 4)	Menos de 06 meses de experiência na AB
10	Mãe de Deus 1	Não se sentiu à vontade para ter sua voz gravada.
11	Novo Horizonte (Nasf 2)	Férias no período da coleta dos dados
12	Sta Helena 1	Participaram do estudo piloto
13	Sta Helena 2	Participaram do estudo piloto
14	Santa Paula (Nasf 4)	Menos de 06 meses de experiência na AB
15	Santa Efigênia	Participaram do estudo piloto
16	Santa Terezinha	Participaram do estudo piloto
17	Santos Dumont	Participaram do estudo piloto
18	Santa Rita 1	Não possui nacionalidade brasileira
19	Sir 1	Participaram do estudo piloto
20	Sir 2	Participaram do estudo piloto
21	Turmalina 3	Não possui nacionalidade brasileira
22	Vila dos Montes	Menos de 06 meses de experiência na AB
23	Vila do Sol	Menos de 06 meses de experiência na AB
24	Vila Park Ibituruna (Nasf 3)	Menos de 06 meses de experiência na AB
Total de médicos excluídos do estudo : 24		

Quadro 3: Distribuição dos sujeitos excluídos do estudo com seus respectivos motivos.

4.6 ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto com objetivo de verificar o modo de abordagem das questões elaboradas para esta pesquisa, a compreensão dos entrevistados sobre elas e tempo gasto com cada entrevista. Foram entrevistados, 08 dos 09 médicos que compõem as 09 ESFs que recebem apoio da equipe um do NASF 1, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, porém os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007) o estudo piloto é importante para verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados teve o objetivo de identificar o perfil sociodemográfico e trajetória profissional dos entrevistados, bem como, a percepção da prática do psicólogo do NASF na Atenção Básica (APÊNDICE A).

Antes de realizar as entrevistas, a pesquisadora reuniu-se com o Secretário Municipal de Saúde (gestor de saúde), coordenador municipal da Estratégia de Saúde da Família e responsável pela Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Após autorização, foi realizada em conjunto com a coordenação a identificação dos trinta e seis médicos vinculados às trinta e seis ESFs deste município, apoiadas pelo NASF (APÊNDICE B).

Posteriormente, foi realizada a apresentação da proposta da pesquisa aos médicos e o convite para participar. Nesse encontro foram repassadas informações sobre os objetivos e a metodologia que seria utilizada, ressaltando-se a importância do estudo para possíveis melhorias das Políticas Públicas de Saúde na Atenção Básica.

Em seguida, agendava-se dia e horário adequado para realização da entrevista com os médicos, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde. Ressaltou-se o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforçava-se que a pesquisa possuía caráter

voluntário e que todos os participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada, baseada em um roteiro. A técnica de entrevista atende principalmente às finalidades exploratórias, sendo utilizada para o detalhamento das perguntas e formulações mais precisas dos conceitos relacionados (MINAYO, 2007). Buscou-se neste estudo obter o maior número possível de informações sobre o tema, segundo o entendimento dos entrevistados. Considerou-se que a entrevista poderia possibilitar a compreensão de especificidades culturais para o grupo e para os indivíduos.

Durante a realização da entrevista, a pesquisadora procurou manter um caráter informal, a fim de que os mesmos se sentissem à vontade para relatar suas concepções sobre o serviço de Psicologia do NASF. A entrevistadora fez todas as perguntas previstas assumindo uma postura instigadora e exploratória de forma que possibilitava ao informante liberdade para discorrer sobre o assunto, dentro de uma conversação informal, expressando o seu entendimento sobre as questões propostas.

Todas as entrevistas foram realizadas no consultório médico da ESF por ser um espaço que apresentou garantia de sigilo, boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio. Além de assegurar privacidade e bem-estar ao entrevistado.

Para registro das respostas, utilizou-se como recurso um gravador digital. Com o consentimento do participante, a entrevista foi gravada visando ter o registro de todo o material fornecido, apresentando uma fidelidade quanto à fala dos entrevistados e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário.

As falas dos participantes foram transcritas imediatamente pela pesquisadora, tão logo a entrevista terminasse. Apenas um médico se recusou a participar da pesquisa após ser informado sobre a gravação da sua voz.

Cada entrevista teve a duração de 25 a 40 minutos, permitindo que todos os temas fossem abordados adequadamente, sem, no entanto, causar fadiga, desatenção ou dispersão dos participantes.

Pretendeu-se com as entrevistas obter o maior número possível de informações e detalhamento do trabalho do psicólogo segundo a concepção dos entrevistados, viabilizando a aquisição de informações relevantes para o aprimoramento do serviço de Psicologia na Atenção Básica.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE), obtendo o parecer favorável para a sua realização sem recomendações, com número 654.610 (ANEXO A).

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software Sphinx Léxica versão 5.1.0.4.*, realizando o cálculo da distribuição de frequência das variáveis pesquisadas.

Para a apuração dos dados qualitativos utilizou-se da técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2011). As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções lingüísticas, preservando-se o caráter espontâneo das falas.

Visando preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas com a sigla M seguida de numeração de um (01) a doze (12) distribuídas aleatoriamente para cada médico respondente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e a discussão das análises obtidas por meio da coleta das informações quantitativas e qualitativas relacionadas às variáveis identificadas junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família, durante pesquisa realizada no período de maio a junho de 2014.

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Caracterização da amostra

O perfil sociodemográfico dos participantes pode ser observado na tabela 1:

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos médicos entrevistados nas Estratégias de Saúde da Família de Governador Valadares MG (n=12).

Características		Frequência n
Idade (anos)	25 – 30	09 (75,0)
	30 – 40	02 (16,7)
	40 acima	01 (8,3)
Sexo	Masculino	07 (58,3)
	Feminino	05 (41,7)
Cor	Branca	08 (66,7)
	Parda	04 (33,3)
Vínculo com o Município	PROVAB	04 (33,3)
	Mais Médico	05 (41,7)
	Concursado	01 (8,3)
	Contrato	02 (16,7)
Tempo de formado	6 meses a 03anos	08 (66,7)
	03 anos acima	03 (25,0)
Tempo na ABS - Geral	06 meses a 03 anos	09 (75,0)
	03 anos acima	03(25,0)
Tempo na ABS – GV	6 meses a 03anos	09 (75,0)
	03 anos acima	03 (25,0)
Tempo atuando com Psicólogo	6 meses a 03 anos	09 (75,0)
	03 anos acima	03 (25,0)
Especialização	Saúde da Família	07 (58,3)
	Não possui	04 (33,3)
	Outras	01 (8,3)
Universidade quanto à administração	Particular	10 (83,3)
	Pública	02 (16,7)
Localização da Universidade	Minas Gerais	06 (54,9)
	Rio de Janeiro	03 (25,0)
	Espírito Santo	01 (8,3)
	Mato Grosso Sul	01 (8,3)
	Alagoas	01 (8,3)

A expansão da Estratégia Saúde da Família nesse município com a inserção do NASF redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da Atenção Básica à Saúde. Nota-se no quadro 2 o campo de investigação em relação à distribuição das ESFs, bem como a região geográfica da equipe do NASF.

Com relação à idade dos médicos, verificou-se uma predominância na faixa etária entre 25 e 30 anos. Esse dado demonstra um perfil jovem dos profissionais atuantes nas ESFs do município estudado. De acordo com o CFM (2013) o aumento do número de médicos acontece num cenário onde as mulheres e jovens tendem a ser maioria. Na base da pirâmide, onde estão os 40,6% dos profissionais, eles têm 39 anos ou menos.

Quanto ao gênero, observou-se maior presença de médicos do sexo masculino (58,3) em relação ao feminino (41,7). Historicamente, a profissão de medicina era exercida prioritariamente pelo sexo masculino, porém, esse cenário vem sendo modificado. A predominância de gêneros diferentes em determinado tipo de trabalho está relacionada ao contexto sócio-histórico-cultural das profissões, e vem sofrendo variações com o passar dos anos (MILLAN, 2006).

Para Lopes; Leal (2005) as construções das identidades masculinas e femininas no trabalho são móveis e variam no tempo e no espaço. A profissão da medicina para sexo masculino traz consigo um poder hegemônico, associado à organização capitalista do trabalho em saúde.

A proibição da presença das mulheres na profissão médica existe desde a Grécia Antiga com raras exceções. As primeiras faculdades de medicina específicas para mulheres começaram a surgir no final do século XIX. Antes desse período o gênero feminino era considerado incapaz para exercer a profissão médica, e mesmo após a sua inserção na faculdade, continuavam sofrendo discriminações de várias maneiras (MILLAN, 2006).

Segundo Haesbaert (2004), historicamente, o gênero masculino ocupa na humanidade uma simbologia de poder sobre o gênero feminino com reflexos nas relações sociais, que na maioria das vezes passa despercebido. No entanto, Elias (2001) afirmou que o poder simbólico é mais sutil, mais difícil de ser reconhecido e torna-se naturalizado quando não é questionado por ninguém.

Apesar da presença maior de homens atuando na área médica encontrada nesse estudo, atualmente, uma pesquisa demográfica médica no Brasil, realizada pelo CFM (2013), apontou que o número de mulheres que ingressam no curso de medicina, neste país, é maior que o de homens desde 2009. Há uma prevalência da presença de profissionais médicas na área da Atenção Básica. Entre as 53 especialidades reconhecidas no Brasil, em 13 existe predomínio de mulheres. Elas são maioria em cinco das seis especialidades consideradas básicas, como pediatria (70%); medicina de família e comunidade (54,2%); clínica médica (54,2%) e ginecologia e obstetrícia (51,5%).

A maioria dos médicos entrevistados (66,7%) se declararam brancos. Verifica-se que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) dos 190 milhões de habitantes brasileiros, 91 milhões se classificam como brancos 47,7% e 43,1%, como pardos.

Quanto ao tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica à Saúde, a maioria dos médicos trabalha no município por meio de programas implantados pelo governo federal: Programa Mais Médicos para o Brasil – PMMB (41,7%) e Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (33,3%).

Com relação ao tempo de formado em medicina, observou-se que houve variação de formados entre seis meses e três anos para 66,7% dos entrevistados. Esse dado, possivelmente, revela as competências e habilidades do profissional, assim como o tempo de formação em uma dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período. Para Fleury (2000) o tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do profissional no mercado de trabalho e de relativa maturidade.

Verificou-se que as experiências dos entrevistados ocorreram no contexto da Atenção Básica de forma multidisciplinar junto aos profissionais da ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A maioria (75%) executa suas atividades na AB de Governador Valadares por período de tempo que varia de seis meses a três anos, o que favorece o estabelecimento do vínculo do profissional com os sujeitos atendidos, a coordenação e integralidade no cuidado. Para Starfield (2002) a longitudinalidade, na atenção primária, se caracteriza pela relação pessoal entre profissionais de saúde e a comunidade, desenvolvendo um vínculo de identificação mútua que facilita a coordenação do cuidado na saúde primária.

Com relação à experiência junto com psicólogo do NASF, 100% dos médicos afirmaram trabalhar com esse profissional por período de tempo que varia de seis meses a três anos. Este cenário demonstrou a integração do psicólogo e do médico na equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família. Para Carvalho; Yamamoto, (2002), o interesse dos órgãos públicos em ter o psicólogo na equipe de ESF decorre da constatação de que o médico não poderia modificar o quadro assistencial tradicional, necessitando assim de grupos multiprofissionais.

Quanto à educação continuada, prevaleceram neste estudo, 58,3% dos profissionais com especialização em Saúde da Família ou em curso. Segundo o Conselho Federal de Medicina a maioria dos profissionais médicos cada vez mais sente necessidade de aperfeiçoar seus conhecimentos (CFP, 2004). Além desta tendência à capacitação, o Ministério da Saúde tem adotado medidas para estimular a ampliação da formação médica por meio de criação de

programas específicos tais como, PROVAB e Mais Médicos, que oferece oportunidade para que os mesmos se capacitem para atuarem na Atenção Básica. (BRASIL, 2012).

Este resultado pode estar relacionado, também, à necessidade da formação de profissionais qualificados, competentes em seus diferentes processos de trabalho, que contemple o desenvolvimento de competências, inclusive como uma estratégia de re–inserção do médico no contexto da Atenção Básica. Segundo Fleury (2000), a capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, experiência para que possa exercer determinada função; quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções.

Neste processo de construção de estratégias contextualizadas, faz-se necessário que as propostas de capacitação sejam de acordo com a realidade do trabalho em saúde e contempladas numa política de valorização ao trabalhador. A educação permanente abrange estes aspectos, podendo ser uma estratégia de transformação da educação em serviço (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

As universidades formadoras dos médicos que participaram desta pesquisa encontram-se localizadas em cinco diferentes estados do Brasil sendo, duas do estado de Minas Gerais, três do Rio de Janeiro, uma do Mato Grosso, uma do Espírito Santo e uma do estado de Alagoas, conforme demonstração do quadro 3.

Universidade de Formação	Tipo Administração	Quantidade	Cidade/Estado
Instituto Metropolitano de Ensino Superior (UNIVACO - IMIS)	Privada	05	Ipatinga Minas Gerais
Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)	Privada	01	Juiz de Fora Minas Gerais
Faculdade de Medicina de Petrópolis - FMP-	Privada	01	Petrópolis Rio de Janeiro
Centro Universitário Serra dos Órgãos (FESO)	Privada	01	Teresópolis Rio de Janeiro
Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA)	Privada	01	Volta Redonda Rio de Janeiro
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	Pública	01	Mato Grosso Mato Grosso do Sul
Escola de Medicina Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM – ES)	Privada	01	Vitória Espírito Santo
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Pública	01	Alagoas

Quadro 4: Distribuição das Faculdades de formação dos participantes do estudo quanto à administração e localização (estado).

A maioria dos médicos entrevistados (83,3) se formou em universidades localizadas na região sudeste do Brasil. 60% estudaram no estado de Minas Gerais, sendo 41,7% oriundos de universidade localizada no município de Ipatinga que fica localizado nas proximidades da cidade de Governador Valadares. De acordo com dados do IBGE, (2010) este município se integra à mesma microrregião em que Governador Valadares encontra-se inserida.

A proximidade entre a experiência sócio-cultural do médico e dos sujeitos atendidos pelo mesmo pode ser considerada como um fator facilitador no processo de compreensão dos diferentes perfis sociodemográficos da população atendida pelo mesmo, favorecendo atuar de acordo com as necessidades do sistema de saúde local e dos usuários do serviço de Atenção Básica.

Na perspectiva antropológica, o universo sócio-cultural do doente é visto como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, a explicações fornecidas e os comportamentos diante delas (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Observou-se que houve uma prevalência de médicos (83,3) que se formaram em universidades privadas. Um estudo realizado por Martins (2000) sobre o ensino superior brasileiro nos anos 90 evidenciou grande expansão do ensino de graduação por meio do

segmento privado. A rede pública, especialmente as instituições federais, cresceu em um ritmo mais lento se comparada ao setor privado.

Todavia, estudos mais recentes apontaram que este ritmo de crescimento das universidades federais vem acelerando nos últimos anos. De acordo com dados publicados em 2013 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP) a quantidade de universidades federais subiu de 43 para 59 no período de 2002 para 2012.

Além da ampliação das universidades federais a inserção do brasileiro de baixa renda em universidades privadas vem sendo facilitado pelo Governo. Segundo (Heringer, 2011), a expansão de vagas no ensino superior público e ampliação do acesso ao ensino privado do cidadão brasileiro está relacionado aos programas educacionais implantados pelo Ministério da Educação, tais como o Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), e concessão de bolsas em instituições privadas através Programa Universidade para Todos (PROUNI).

O Curso de medicina está entre os que são considerados de maior prestígio social e a concorrência por vaga para o mesmo é acentuada tanto nas instituições públicas como nas privadas. Porém, destaca-se no ingresso deste curso, os alunos originários de famílias pertencentes aos estratos sociais de elevadas condições socioeconômicas (BORGES, 2005).

Os dados levantados neste estudo não permitem verificar se os médicos entrevistados que estudaram em escolas privadas foram beneficiados ou não, por algum programa do Ministério da Educação.

Observou-se, no entanto que no cenário da Atenção Básica o psicólogo se faz presente junto com o médico por meio do NASF, apontando para possibilidade da integração entre estes dois profissionais, no cuidado integral ao sujeito atendido na ESF, em especial ao portador de sofrimento mental que necessita de atenção de todos os profissionais de saúde.

A experiência do médico no âmbito da Atenção Básica com permanência em uma mesma comunidade por período de tempo estendido, associada à sua atuação em conjunto com outros profissionais, além do perfil jovem que busca capacitar-se permanentemente sobre os fundamentos do SUS, são fatores de grande relevância para a consolidação dos princípios que norteiam a Política Nacional de Atenção Básica.

A Atenção Básica é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade ao Sistema de Saúde, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, devendo funcionar como um serviço preferencial dos usuários do SUS, como porta de entrada e como facilitadora do contato dos mesmos com toda a rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

O fato da maioria dos médicos (75%), estarem trabalhando na ESF por meio de vínculo com o programa Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB, demonstra que as estratégias adotadas pelo governo brasileiro para ampliar e fortalecer as ações da Atenção Básica tem gerado resultados positivos.

5.2 DADOS QUALITATIVOS

A saúde está deixando de ser medida apenas pela presença ou ausência de doenças e por instrumentos quantitativos. Portanto, visando ampliar essa visão, buscam-se incorporar à percepção do indivíduo, valores e expectativas, bem como a utilização de ferramentas qualitativas. Os indicadores qualitativos não devem ser usados para diagnosticar doenças, mas, sim, como mais um instrumento de avaliação que complementa as informações clínicas e possibilita identificar pessoas ou populações que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas. Diante das possíveis dificuldades que a prática psicológica possui com relação ao novo fazer em saúde, torna-se relevante conhecer como os médicos, inseridos no contexto dos cuidados primários de saúde, percebem as ações do psicólogo do NASF.

A percepção do médico em relação ao trabalho do psicólogo neste estudo foi identificada a partir dos temas: Atribuição do psicólogo; Expectativa do trabalho do psicólogo; Interferência do trabalho do psicólogo no tratamento da saúde; Abordagem do médico ao psicólogo para discussão de caso; Abordagem do psicólogo ao médico para discussão de caso clínico e Sugestões para melhoria do atendimento.

Após análise do conteúdo das respostas obtidas através das entrevistas, surgiram categorias distintas para cada tema, conforme quadro 4 (quatro).

Neste quadro podem-se observar os seis temas abordados durante a entrevista e as respectivas categorias.

TEMA		CATEGORIA
1	Atribuição do Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar a Saúde Mental • Avaliar, acompanhar e tratar
2	Expectativa da atuação do Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria na Saúde Mental dos sujeitos
3	Interferência da atuação do Psicólogo no tratamento da saúde do sujeito	<ul style="list-style-type: none"> • Interferência Positiva
4	Abordagem do médico ao Psicólogo para encaminhar/discutir caso clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento ao psicólogo pelo médico
5	Abordagem do psicólogo ao médico para encaminhar/discutir caso clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento ao médico pelo psicólogo
6	Sugestões para melhoria do atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria na Infraestrutura

Quadro 5: Distribuição dos temas abordados e as categorias derivadas

Tema - Atribuição do psicólogo

Esta categoria aborda o entendimento dos médicos em relação à atribuição do psicólogo do NASF.

5.2.1.1 Categoria 1: Trabalhar a Saúde Mental

Relaciona-se ao trabalho desenvolvido pelo psicólogo visando melhoria da saúde mental do sujeito atendido na ESF. A saúde mental de uma pessoa pode ser compreendida a partir da maneira com que ela percebe o seu cotidiano e pelas estratégias que utiliza para lidar com situações vivenciadas no território em que se encontra inserida.

Ao abordar as atribuições do psicólogo do NASF, os médicos relataram ações relacionadas ao processo de trabalho em conjunto à equipe de Atenção Básica, principalmente para atender casos psiquiátricos envolvendo os diversos tipos de transtornos mentais.

A meu ver o papel importante que ele exerce é, na ajuda mesmo, do controle principalmente dos pacientes psiquiátricos com os diversos transtornos [...]. Na medicina a gente[...] tem muita indicação de fazer psicoterapia (M7).

Observa-se que na visão dos participantes o cuidado em saúde mental por parte do psicólogo do NASF na ESF, se restringe prioritariamente a intervenções com foco no

tratamento do adoecimento mental dos sujeitos. No entanto, a função desse profissional é de atuar na promoção da saúde mental em seus diversos aspectos através do apoio matricial às equipes da ESF.

Desde a criação do NASF, o psicólogo integrou-se às equipes multiprofissionais que nele trabalham para apoiar as equipes de Saúde da Família no cuidado dos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Todavia, os profissionais que compõem estas equipes não compreendem o trabalho do psicólogo desta maneira demonstrando um entendimento equivocado a respeito da saúde mental na Atenção Básica, que é vista pelos mesmos como uma especialidade específica da Psicologia, podendo contribuir desta forma para a dicotomia saúde/saúde mental constatada nas políticas de saúde. O que aponta para a necessidade da reorientação da formação e do fazer da Psicologia na Atenção Básica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

Segundo Boing; Crepaldi (2010), nas ações de matriciamento propostas pelas políticas públicas de saúde do Brasil, o trabalho do psicólogo junto às equipes de Saúde da Família constitui-se como uma atuação de nível secundário. Enfatizaram que as atribuições específicas do psicólogo são reconhecidas exclusivamente como um especialista com uma prática racionalista e determinista gerando intervenções profissionais fragmentadas (a clínica tradicional). Não considera o psicólogo como um profissional de saúde geral que busca a compreensão de indivíduos em contextos, através de uma atuação interdisciplinar.

No presente estudo, observou-se que os médicos consideraram que existe muita demanda de sujeitos portadores de algum transtorno mental e, por isso, demonstraram uma grande expectativa de que o psicólogo do NASF atenda-os através de consulta individual, com técnicas de psicoterapia cognitiva comportamental, entre outros.

[...] 50% dos pacientes que a gente atende [...], tem algum transtorno mental ou alguma alteração mental, seja aguda ou crônica. Crônica em torno de 10%, então a gente precisa, muito do trabalho conjunto entre o psicólogo e o médico, porque na maioria das queixas, estão envolvendo outros problemas, a não ser os problemas físicos mesmo. Então, problemas psicológicos que necessitam muito de terapia cognitiva entre outros (M5).

De acordo com o CFP (2010) as características das atividades desenvolvidas pelo psicólogo do NASF na ESF são bem parecidas com o trabalho dos profissionais da equipe da ESF, embora o mesmo não seja parte dessa equipe.

A ideia de que é o psicólogo o responsável pelo trabalho da saúde mental, apresentada pelos médicos, parece sofrer influência do histórico de reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental brasileiro, que foi marcado por muitas lutas a favor dos direitos do doente mental e da desinstitucionalização dos “doentes mentais”. Foi por meio da lei 10.216, de abril

de 2001, que ficou oficialmente demarcada a proteção dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais, e, no ano de 2003, surge a proposta do Ministério da Saúde em oferecer apoio matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica à Saúde (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Percebe-se que a função do psicólogo do NASF na Atenção Básica não fica evidente para os médicos. Alguns demonstraram certa dificuldade em responder quando questionados sobre as atribuições deste profissional. Relataram esperar uma atuação clínica, com atendimento direto ao sujeito portador de algum tipo de transtorno mental e apoio à equipe da ESF, nestes casos.

A função do psicólogo na atenção básica é (...) eu acho que é(...), cumprir a função dele como psicólogo que é uma pessoa capacitada, orientada e que tem um curso superior pra tá atendendo a questão da saúde mental, sendo um suporte no tratamento da saúde mental dos pacientes que procuram a atenção primária (M10).

Nas publicações do Ministério da Saúde que abordam o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, não foi encontrada nenhuma diretriz que estabelece que o cuidado à saúde mental seja uma função específica do psicólogo.

As práticas em Saúde Mental na Atenção Básica devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, a partir do desenvolvimento de atividades que considerem as vivências do território. O Ministério da Saúde enfatiza que estas intervenções devem ser construídas no cotidiano dos encontros dos profissionais e usuários, pautadas em uma escuta acolhedora para que o sujeito consiga expressar seus conflitos e sofrimentos que muitas vezes são causadores de somatizações ou complicações clínicas. O governo brasileiro reconhece que os profissionais que atuam na Atenção Básica encontram dificuldade em identificar quais as situações necessitam de intervenção em Saúde Mental, gerando sentimento de insegurança nesses profissionais com relação a qual atitude tomar diante de uma demanda em saúde mental (BRASIL, 2013).

Quanto à conceituação de Saúde Mental, Filho; Coelho; Peres (1999), afirmaram que pouco se tem avançado, podendo considerar que existe no universo científico uma lacuna teórica a ser preenchida. Normalmente os estudos privilegiam a doença em detrimento do trabalho teórico sobre saúde. A saúde mental é a capacidade de ajustamento às transformações. Considera que não se deve absolutamente confundir programas ou atividades de assistência psiquiátrica ou prevenção de transtornos mentais com ações de promoção de saúde. Alerta para a importância de um conceito ampliado de saúde mental como expressão de saúde social.

A saúde mental significa um socius saudável, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida (FILHO; COELHO; PERES (1999).

Pode-se considerar que no mundo científico existem controvérsias com relação à conceituação de saúde e conseqüentemente com relação à saúde mental. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é considerada como uma “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001). Todavia, existem autores que questionam tal concepção, chamando atenção para uma abordagem à saúde de forma mais abrangente. Amarante (2013) pergunta: Será que alguém encontra-se neste “perfeito bem estar” ?

Segre; Ferraz (1997), refletem sobre a necessidade de levar em consideração as formas de “avaliação externa” do sujeito para fins de estatística sobre a sua saúde. Para falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito é necessário considerar suas crenças e valores, e que ele mesmo consiga oferecer sentido a tal uso semântico, tornando-o legítimo.

Para Buss (2000), a introdução de novos conceitos sobre a saúde-doença contribui para que as práticas em saúde abarquem medidas preventivas não só sobre o corpo, mas também sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida coletivos. Com isso torna-se possível reforçar tanto os direitos quanto as responsabilidades dos sujeitos pela sua própria saúde. Pode-se pensar em saúde mental na Atenção Básica como estratégia de promoção de saúde do sujeito em seus diversos aspectos biopsicossocial.

Ao atuar de acordo com as especificidades do território, a equipe de saúde pode facilitar o desenvolvimento da autonomia e a capacidade dos usuários para cuidar da sua saúde e da coletividade do território. Estas habilidades são desenvolvidas através da inclusão dos mesmos nas ações de controle social, e em atividades individuais e coletivas disponibilizadas pelo SUS. Estas ações auxiliam a população no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde, considerando a dinamicidade dos territórios em que estas pessoas estão inseridas, os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e a necessidade de acolher toda e qualquer necessidade de saúde ou sofrimento apresentada pelo usuário (BRASIL, 2012).

5.2.1.2 Categoria 2: Avaliar, acompanhar e tratar

Esta categoria evidencia que para os médicos, avaliar, acompanhar e tratar o sujeito com algum conflito psíquico ou transtorno mental é uma atribuição do psicólogo do NASF, na Atenção Básica.

A avaliação, a reavaliação, o tratamento e o acompanhamento do sujeito no âmbito da Atenção Básica é um trabalho que compete à equipe de referência da ESF, podendo ser compartilhada com a equipe de apoio matricial do NASF. Mesmo que o sujeito tenha sido encaminhado a algum dispositivo da rede, como por exemplo, aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, a continuidade do cuidado continua sob responsabilidade da ESF. As diretrizes gerais para a atuação das Equipes de Saúde da Atenção Básica estão relacionadas à identificação e acolhimento às demandas de saúde mental do território; priorização das situações que exigem cuidados mais imediatos; intervenção a partir do contexto familiar e comunitário; continuidade ao cuidado seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar; realização do cuidado integral através da articulação de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial; e educação permanente para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde destacou situações que são consideradas de risco e que necessitam ser priorizadas pela equipe da ESF, tais como: cárcere privado; abuso ou negligência familiar; suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intra-familiar; situações de violência entre vizinhos, extremo isolamento social, grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua); indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar; uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica; problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas; crises psicóticas; tentativas de suicídio; crises convulsivas e conversivas (BRASIL, 2009).

Inclui-se dentre as prioridades das diretrizes de atuação das Equipes de Saúde da Atenção Básica na saúde mental, também os casos de doenças crônicas não transmissíveis, em especial hipertensão e *diabetes mellitus*; fatores determinantes de sofrimento psíquico: Relação mãe–bebê - desenvolvimento da criança, estranhamento do racismo e da homofobia, violência, exclusão social, uso e abuso de substâncias psicoativas (SPA) (BRASIL, 2009).

As equipes de Saúde da Família são consideradas como importantes atores nas políticas sobre drogas, por trabalharem diretamente onde os conflitos da vida cotidiana da comunidade acontecem. Alerta para a necessidade destas equipes se prepararem para acolher o sujeito que faz uso abusivo de drogas dentro de uma perspectiva de trabalho pautado no vínculo e na confiança, que são considerados fundamentais para a adesão deles ao tratamento (RIO DE JANEIRO, 2010).

A partir das discussões clínicas e intervenções conjuntas com as equipes de ESF, o profissional de saúde mental do NASF, por meio do matriciamento (equipe de apoio às equipes das ESF), pode contribuir para o aumento da capacidade resolutiva destas equipes, qualificando-as para um cuidado ampliado de forma que contemple a totalidade da vida dos sujeitos. Esse apoio matricial possibilita à equipe da ESF distinguir as situações individuais e sociais que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada do profissional de saúde mental a ser oferecida na própria unidade de saúde ou serem encaminhadas ao CAPS (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Para os entrevistados o adoecimento dos sujeitos que frequentam a ESF sofre forte influência dos fatores sociais do território onde vivenciam suas territorialidades e, por esse motivo, consideram como importante o trabalho do psicólogo junto à Saúde da Família para abordar o sujeito dentro do seu contexto biopsicossocial. Enfatizaram que a maioria das queixas trazidas por esses sujeitos está mais relacionada com problemas de ordem social do que física.

O que nós vemos no nosso dia-a-dia, é que o problema social é muito grande. (...) se você começa a puxar, o problema orgânico fica em segundo plano, porque o problema social tá em primeiro e isso leva a um desequilíbrio emocional do paciente muito grande (...). Vai ter que trabalhar muito mais acima do mental do que do físico. A gente pode dar um início de tratamento, mas aprofundar o tratamento, avaliar (...) é mais atribuição do psicólogo (M4).

Os médicos consideraram que a ação do psicólogo em conjunto com a equipe de ESF possa favorecer as famílias a criarem estratégias para ampliar o autoconhecimento e, dessa forma, conhecerem as próprias limitações e possibilidades de enfrentamento das questões pessoais. Poderá, ainda, favorecer-lhes a criação de alternativas que promovam a sua reestruturação e reestabelecimento na sociedade, conforme relatado:

[...] A maior demanda que tem na estratégia Saúde na Família é mesmo de caráter psicológico, transtorno ansioso, transtorno depressivo, dependência química, álcool e droga. Eles exercem um papel muito importante, até porque o médico não é muito bem treinado para isso. O médico é treinado muito para a saúde orgânica. [...] Eu acho que o papel dele é tentar fornecer ao paciente um apoio para enfrentar seus medos, seus problemas[...] e ter um auto conhecimento afim de superar todos os transtornos que ele passa durante a vida que vai acumulando em sua mente[...] (M8).

Em relação aos casos de adoecimento mental, nos relatos dos médicos, fica evidente que esperam poder contar com ajuda do profissional da Psicologia para realizar trabalho integrado com todos os profissionais da equipe. Sugerem atividades de grupo na ESF, oferta de consultas individuais, psicoterapia, apoio psicológico e aconselhamento. Porém, notou-se que os participantes do estudo, ao relatarem sobre a função do psicólogo do NASF, enfatizaram a importância do trabalho do psicólogo em equipe, principalmente junto com o médico.

A função do psicólogo é trabalhar junto com o médico com o enfermeiro de acordo com o que que agente for solicitando. Aquele paciente que agente vê que não precise só do tratamento medicamentoso, precise mesmo de uma terapia de acompanhamento, ele precise mesmo de uma transformação da mente. É (...) acompanhar, andar juntinho aí com o médico (M1).

Observou-se nesta pesquisa que existe uma expectativa por parte dos participantes de que o psicólogo intervenha diretamente nos casos de adoecimento mental ou os auxiliem na definição de encaminhamento ao psiquiatra. Esperam que este profissional venha somar à equipe da ESF para auxiliar no auxiliar especialmente no tratamento dos casos psiquiátricos atendidos.

Um estudo realizado sobre a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de São Paulo, apontou que pediatras possuem baixa capacidade de reconhecer problemas de saúde mental em crianças. Para os pesquisadores esta dificuldade está relacionada à deficiência na formação, carência de possibilidade de atuação concreta frente à queixa ou hipótese diagnóstica. Este estudo apontou a necessidade de reorganizar o processo de trabalho na Atenção Básica, oferecendo apoio técnico específico na área de saúde mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

O apoio matricial surge com o objetivo de tentar amenizar os agravos ocasionados pelo modelo vertical adotado pelas diretrizes tradicionais dos sistemas de saúde que, historicamente, segue um formato hierarquizado e regionalizado em que se preconiza a ideia de autoridade entre um profissional que encaminha e o outro que recebe o encaminhamento. Ou seja, o nível primário dirige-se ao secundário e, assim, sucessivamente transferindo ao outro a responsabilidade pelo encaminhamento em vez de compartilhar esta responsabilidade (CAMPOS, 1999)

Quando os médicos relataram sobre a importância do psicólogo trabalhar as famílias na ESF, não foi nenhuma surpresa tal constatação, uma vez que dos doze entrevistados, onze relataram, no início da entrevista, que possuíam especialização em Saúde da Família, ou estavam cursando. Esta formação, possivelmente, permitiu maior empoderamento dos conceitos de saúde da Família. Segundo Souza; Carvalho, (2003) as intervenções da

psicologia no universo da Atenção Básica junto às famílias são eficazes para o fortalecimento de habilidades individuais e coletivas de enfrentamento dos problemas, além de facilitar a promoção de alternativas que permitem a população desenvolver suas potencialidades em benefício do seu bem-estar.

5.2.2- Tema: Expectativa da atuação do psicólogo

Está relacionada a expectativa do médico quanto ao trabalho do psicólogo do NASF na Atenção Básica na melhoria da saúde mental dos sujeitos atendidos neste serviço. A melhoria na saúde mental acontece à medida em que o sujeito vai ampliando o seu autoconhecimento, conhecendo as suas limitações e possibilidades. Só assim será capaz de sentir-se mais autônomo para enfrentar suas questões pessoais e cuidar da sua saúde de uma forma geral.

5.2.2.1 Categoria: Melhoria na Saúde Mental dos sujeitos

Os entrevistados relataram que para ocorrer a melhoria na saúde mental do sujeito, eles esperam que o psicólogo trabalhe integrado com a equipe de Saúde da Família e também atendam o sujeito individualmente para que façam, juntos, intervenção multidisciplinar, de acordo com a experiência vivida por esse sujeito no território onde se encontra inserido.

Eu espero que ele me apoie aqui pra gente fazer um tratamento multidisciplinar com o paciente, que atenda cada um individualmente, com cada doença que apresenta, que me ajude nos grupos. Todos, os transtornos, como, é (...) a obesidade por exemplo precisa de um auto cuidado. Eu acho que o psicólogo tem a função de apoiar mesmo, de capacitar a pessoa a se autocuidar também em todos os âmbitos da saúde (M8).

O psicólogo, como integrante da equipe de apoio do NASF, apresenta-se como um apoiador nas ações de promoção de saúde desenvolvidas pelas equipes de referência da ESF. Para Campos; Domitti (2007) as equipes de referência seguem um modelo de trabalho em saúde que considera o vínculo terapêutico e a comunicação eficaz entre as equipes como fator

primordial para a promoção de saúde, uma vez que esta relação estimula a co-produção de saúde, ampliando o compromisso entre todos os profissionais envolvidos no cuidado do usuário.

O profissional apoiador ocupa a função de construir, de forma compartilhada com outros interlocutores, os projetos de intervenção, apropriando-se dos saberes de todos os profissionais envolvidos no processo, distribuindo tarefas entre si com foco na resolutividade da demanda do paciente (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O modelo de apoio matricial foi adotado em decorrência da impossibilidade do serviço de Atenção Básica manter, na equipe, alguns profissionais necessários para atendimento às necessidades da população de um determinado território. Assim, especialistas distintos auxiliam as equipes de referência no cuidado ao usuário por meio da oferta de uma determinada carga horária semanal, porém, este usuário continua sob responsabilidade da sua equipe de referência. Fica a cargo desta equipe a elaboração e desdobramento do projeto terapêutico do paciente, devendo acionar a equipe de apoio quando necessário (CAMPOS, 2011).

Os participantes apresentaram um diagnóstico situacional da população que frequenta a ESF. Demonstraram que existem determinantes sociais complexos que influenciam as territorialidades, as vivências da população atendida na unidade de saúde, ocasionando-lhes diversos tipos de adoecimento. Segundo os médicos, essas complicações sociais estão associadas a carências afetivas dos sujeitos, dificuldade das famílias em lidar com as consequências do uso abusivo de drogas, com a educação de crianças por avós em decorrência dos pais residirem no exterior ou estarem envolvidos com drogas.

Olha, a gente trata de pessoas com sérias complicações sociais, principalmente de uso de drogas(...), crianças criadas pelos avós porque os pais moram nos EUA. Então a gente vê que o psicólogo tem que trabalhar esse contexto. Famílias destruídas pela droga (...) (M1).

Para Minayo (2000), nem todos os aspectos da vida humana podem ser considerados necessariamente uma questão médica ou sanitária. A questão da qualidade de vida está relacionada ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente.

Esta influência da sociedade sobre as escolhas do sujeito foi abordada por Bauman (2005) ao referir-se à crise da identidade como “Modernidade Líquida”. Esta fluidez está relacionada à vulnerabilidade a que o ser humano encontra-se exposto frente ao processo de globalização que o envolve, de tal forma que se sente impedido de manifestar suas escolhas. Sentem-se numa condição opressora, assumindo identidades impostas por outros e, mesmo

não concordando, não conseguem se libertar delas. “Identidades que esteriotipam, humilham, desumanizam, estigmatizam” .

Diante dos conflitos psicossociais, os médicos, possivelmente, vêm no psicólogo uma peça fundamental para auxiliá-lo juntamente à equipe da ESF, na condução das questões trazidas pelos sujeitos durante as consultas que podem estar influenciando no seu adoecimento.

[...].O paciente às vezes tem uma dor física, por um sintoma qualquer e isso pode estar relacionado com problema emocional. Espero que o psicólogo tenha toda a capacidade de auxiliar nesse tratamento, geralmente junto comigo,[...] e tendo mais tempo, e mais capacidade que ele tem, de ter essa conversa, de conseguir quebrar esse gelo com o paciente, conversar sobre problemas emocionais, específicos. Eu acho que ele pode atingir isso mais profundamente do que eu (M9).

Para os entrevistados o trabalho do psicólogo junto com o médico é importante para a promoção e prevenção de adoecimentos, por oferecer intervenções individuais e coletivas, nas ESF. Acreditam que as atividades desenvolvidas pelo psicólogo ajudam as pessoas a diminuir seus medos, suas tensões e suas frustrações e conseqüentemente a reduzirem o uso de medicações, porque entre os profissionais da ESF o psicólogo é considerado o que possui maior habilidade para escutar, interagir e conversar com as pessoas que apresentem algum sofrimento psíquico. Neste aspecto os resultados deste estudo foram equivalentes com Figueiredo; Campos (2009) que apontou a existência um sentimento de despreparo por parte dos profissionais da saúde para lidar com os casos relacionados à saúde mental.

Ficou evidente neste estudo que os médicos acham muito difícil lidar com os sujeitos portadores de distúrbios de ansiedade, depressão, esquizofrenia ou que se queixem de alguma questão emocional durante as consultas haja vista que este perfil demanda muito tempo e habilidade do profissional. Por esse motivo esperam que o psicólogo seja a solução para esta dificuldade.

[...] A maior demanda que tem na ESF é mesmo de caráter psicológico, transtorno ansioso, transtorno depressivo, dependência química (álcool e outras drogas). Eu acho, que o psicólogo exerce um papel muito importante, até porque o médico não é muito bem treinado para isso. O médico é treinado muito para a saúde orgânica. [...] Entendo que o papel dele é tentar fornecer ao paciente um apoio para enfrentar seus medos, seus problemas e ter um auto conhecimento afim de superar todos os transtornos que ele passa durante a vida, que vai acumulando em sua mente [...] (M8).

O fato dos médicos não se sentirem preparados e ainda não possuírem disponibilidade de tempo para escutar o sujeito com suas questões emocionais, é muito preocupante, diante da realidade dos serviços de saúde do Brasil que recebem diariamente inúmeros casos de sofrimento psíquico principalmente na Atenção Básica.

O Ministério da Saúde reconhece a forte relação existente entre o sofrimento subjetivo e toda e qualquer forma de adoecimento do indivíduo. Chama a atenção de todos os

profissionais de saúde para se envolverem com o trabalho em saúde mental na Atenção Básica. Contempla dentre as suas diversas recomendações que toda a equipe da ESF seja capacitada permanente para poderem identificar, acolher e atender de forma interdisciplinar as demandas de sofrimento psíquico apresentadas no território onde atuam. Sugere que as intervenções destes profissionais se pautem na integralidade do cuidado às pessoas que sofrem de transtornos mentais, buscando estratégias que articulem ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial das mesmas sem afastá-las do convívio com sua família e comunidade. A reabilitação psicossocial precisam priorizar situações de maior vulnerabilidade e risco social que requerem intervenções mais urgentes, tais como, cárcere privado, violência entre vizinhos; extremo isolamento e exclusão social; indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar; uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica; problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas; crises psicóticas; tentativas de suicídio; crises convulsivas e conversivas. Orienta ainda que a equipe de saúde da família ofereça uma escuta ampliada aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis principalmente hipertensão e *diabetes mellitus*, uma vez que o sofrimento psíquico e problemas psicossociais associados a elas dificultam o tratamento. Recomenda-se também atenção especial ao sofrimento mental da mãe e ao desenvolvimento da criança que está sob seus cuidados. A Clínica ampliada traduz-se na construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas (BRASIL, 2009).

Para oferecer atendimento qualificado na área de saúde mental e demais aspectos da saúde, dos cidadãos brasileiros, o governo vem no decorrer dos anos instrumentalizando os serviços de saúde da Atenção Básica. Dentre estes instrumentos, destacamos a instituição das equipes de Saúde da Família no ano de 1994, com vistas à integralidade do cuidado à saúde das pessoas; no ano de 2006 a consolidação da saúde da Família como estratégia nacional destacando a importância da Atenção Básica para a saúde dos brasileiros (BRASIL, 2007); no ano de 2008 a criação do NASF disponibilizando profissionais de diferentes áreas de conhecimento para apoiar os profissionais das ESF. Em 2012 a priorização de medidas de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica em todo território nacional por meio da ação conjunta entre os governos estaduais municipais e Distrito Federal (Brasil, 2012).

Além destes instrumentos, governo implantou ainda no ano de 2013 o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) visando ampliar a cobertura de atendimento médico em todo território Nacional (BRASIL, 2014). Para Carvalho (2014) este programa envolve abertura do mercado de trabalho para profissionais estrangeiros e mudanças na formação dos

médicos propondo alterações em grades curriculares dos cursos de medicina. Coloca como requisito para a formação nesta profissão que o estudante passe pela experiência de atendimento do SUS na Atenção Básica.

Apesar destes avanços, esta pesquisa nos mostra que ainda existem médicos na Atenção Básica que não se dispõem de tempo suficiente para escutar, conversar e interagir com os sujeitos durante as consultas, principalmente com aqueles portadores de sofrimento psíquico. Observa-se a necessidade da ampliação do tempo e habilidade destes profissionais para atender esta demanda juntamente com os demais profissionais da ESF com apoio do NASF.

5.2.3 Tema - Interferência da atuação do psicólogo no tratamento da saúde do sujeito

5.2.3.1- Categoria: Interferência Positiva

Aborda a interferência positiva da atuação do psicólogo do NASF no tratamento da saúde do sujeito atendido na Atenção Básica.

Todos os entrevistados relataram que a integração entre o trabalho do psicólogo e do médico contribui para o sucesso no tratamento do sujeito atendido na ESF. Enfatizaram que a presença do psicólogo é importante, haja vista que o sujeito atendido na Atenção Básica encontra-se inserido em um território socialmente vulnerável, incluindo as dificuldades socioeconômicas, estresse, excesso de trabalho, conflitos familiares, uso abusivo de drogas e violência.

[...]Exatamente em função do problema social que nós temos, relacionado a questões emocionais (...), isto interfere muito na área médica (...) e aí que eu acredito na interação dos dois trabalhos (M4).

Segundo os profissionais esses sujeitos buscam na medicação a maneira de suportar tais vulnerabilidades sociais, culminando numa demanda reprimida para o profissional da Psicologia na Atenção Básica. Acreditam que a intervenção do psicólogo pode contribuir

com a redução do uso de medicação e favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso quando este for necessário.

Muitos pacientes relatam que as vezes tomou o medicamento e não teve um efeito esperado, e quando encaminhado a psicoterapia, ele se dá super bem e as vezes pode ser retirada a medicação (M7).

A (des)medicalização social tem sido um desafio para as equipes de saúde da família. Nesse sentido Tesser et al. (2010), apontou o médico como uma peça fundamental nesse processo. “Ele pode funcionar como um ator desmedicalizante”, à medida que adota atitudes voltadas para acalmar ansiedades e de apoiar as iniciativas desfavoráveis à medicalização de problemas sociais. Quando reforça a autoestima e o respeito entre os profissionais, quando valoriza o trabalho em equipe e estimula o vínculo do paciente com outros membros da equipe. Sugere que os profissionais façam uma reflexão continuada sobre a relação entre o acolhimento e medicalização. Considerou que uma clínica desmedicalizante exige cuidado continuado e a responsabilização pelo acompanhamento do paciente, conhecendo o seu contexto e dinâmica psicossocial, econômica e cultural.

Os participantes relataram que existem indivíduos que estão passando por momentos difíceis e às vezes não é possível realizar a consulta de forma adequada devido à sua dificuldade em expressar seus sentimentos. No entanto, quando o psicólogo os atende, na maioria das vezes o sujeito passam a expressar melhor os seus sentimentos viabilizando um tratamento mais eficiente, porque se comprometem mais com o autocuidado.

Eu tenho muitos casos que o paciente chega no meu consultório e às vezes a preocupação dele é mais com o neto, com o filho, com o marido, ou a esposa. Muitas vezes, o psicólogo trabalha essa parte e quando ele vem consultar, já não é mais esse foco. O foco já tá mais voltado para ele mesmo(M6).

Cada profissional que compõe a equipe de Atenção Básica necessita utilizar-se da sua criatividade de forma integrada com a equipe, pensando a produção e a promoção de cuidado em prol do usuário. Em realidades em que a assistência ao usuário acontece de forma fragmentada, e ainda se fundamenta no modelo médico-centrado, com enfoque na doença, os objetivos de promoção à saúde ainda não se concretizaram. É importante considerar a sociedade como um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social (VIEGAS; PENA, 2013).

Frente às fragilidades psíquicas apresentadas pelos sujeitos atendidos na Atenção Básica à Saúde, a presença do psicólogo junto às equipes deste serviço se torna imprescindível. Segundo Matarazzo (1982), a Psicologia da saúde agrega conhecimento educacional, científico e profissional sobre a teoria psicológica, importante para o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção e manutenção de saúde, na preservação e

no tratamento da doença, na identificação da etiologia relacionada à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de política de saúde.

5.2.4 Tema - Abordagem do médico ao psicólogo para encaminhar/discutir caso clínico

Confirma a realização de encaminhamentos de casos clínicos do médico a fim de serem discutidos com o psicólogo. O encaminhamento e discussão de casos clínicos entre profissionais da Atenção Básica é compreendido como uma estratégia de trabalho que facilita o cuidado integral à saúde do sujeito.

5.2.4.1- Categoria: Encaminhamento ao psicólogo pelo médico

Nesta pesquisa evidenciou-se que todos os participantes afirmaram que sempre encaminham e discutem casos clínicos com psicólogos e consideram esta atuação como uma experiência positiva.

[...] A experiência foi bacana, a gente discutiu o caso, eu informei sobre o que eu acho, qual a patologia que ele tem, e aí passei para o psicólogo para desenvolver o seu trabalho específico acerca do paciente (M5).

Fica evidente que o trabalho em equipe/Interdisciplinar, envolvendo o médico e o psicólogo na Atenção Básica é uma prática que faz parte da rotina desses profissionais, favorecendo a ocorrência de maior resolutividade dos casos, o que fica evidente na frase, [...] quando a gente tem a oportunidade de discutir os casos com o psicólogo, os resultados são melhores”.

A articulação dos diferentes saberes apresenta-se como recurso na integralidade das ações profissionais e na operacionalização das políticas públicas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MENDES; SILVEIRA; LEWGOY, 2008).

O modelo de trabalho integrado entre profissionais de áreas distintas faz parte das diretrizes gerais da Atenção Básica. Esse serviço é orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade ao Sistema de Saúde, do vínculo, da continuidade do

cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, devendo funcionar como um serviço preferencial dos usuários do SUS como forma de acesso e como facilitador do contato destes com toda a rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Para os entrevistados, normalmente os casos encaminhados ao psicólogo são relacionados a algum tipo de transtorno mental específico, tais como depressão, ansiedade, ou a alguma questão psicológica que o sujeito apresenta dificuldade para suportar. Observou-se, também, encaminhamento ao psicólogo de sujeito que não consegue expressar suas necessidades, dificultando o tratamento, provavelmente, devido à falta de disponibilidade de tempo do médico para a escuta e conversa.

Ás vezes o paciente não demonstra o que está precisando, às vezes a gente não tá conseguindo chegar no paciente pra fazer aquele tratamento (...) e o psicólogo ajuda muito nessa parte. (...) às vezes não temos um tempo grande pra fazer aquela conversa (M12).

De acordo com Caprara; Rodrigues (2004) há necessidade do médico desenvolver habilidades que possibilitem sua relação satisfatória com o paciente. Esta deve ser centrada no próprio indivíduo e não apenas na doença. Esta demanda exige a implementação de mudanças na formação dos médicos que ainda priorizam o modelo biomédico, por não considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional.

Segundo os entrevistados, os encaminhamentos incluem tanto os casos para serem atendidos dentro da unidade de saúde quanto aqueles que necessitam de visita domiciliar.

[...] Eu encaminhei recentemente casos de pessoas no domicílio. Pessoas que não tem condições de vir ao posto, até pela parte psicológica, foi iniciado o atendimento e já se encontra em tratamento (M1).

A exposição dos fatores motivadores dos encaminhamentos médicos ao psicólogo do NASF demonstraram que os participantes acreditam que a atuação do psicólogo na Atenção Básica está voltada para o atendimento clínico. Tais fatores apontam que a função e atuação do psicólogo na Atenção Básica, inserido no NASF, ainda não são conhecidas pela equipe médica.

Estudos apontaram que a função do Psicólogo do NASF não está definida nem mesmo para esses profissionais. Para Freire; Pichelli (2010) possíveis diferenças existem quanto à atuação dos psicólogos no contexto da Atenção Básica, bem quanto ao conhecimento que esses profissionais possuem com relação aos princípios e diretrizes do SUS. Na busca de solução para esta dificuldade, Andrade (2009) sugeriu a inclusão de conteúdos de saúde pública nos currículos de graduação ou na pós-graduação, uma vez que a prática deste

profissional tem se restringido aos atendimentos em nível secundário dirigidos às crianças e aos adolescentes com problemas emocionais e comportamentais.

O processo de trabalho interdisciplinar requer grandes e constantes reflexões da prática no dia a dia, em articulação com a estruturação de diferentes conceitos na tentativa de se chegar a novos paradigmas no ambiente que atende a saúde mental (ANDRADE, 2009).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2009) aponta a necessidade de reorientação da formação e do fazer da Psicologia na Atenção Básica. Afirma que a Psicologia na ESF aparece como campo de experimentações e criações de relevância histórica para o seu desenvolvimento, enquanto disciplina científica, e como profissão necessária ao campo da Saúde Pública.

Percebe-se a importância de esclarecer o papel do psicólogo do NASF na Atenção Básica, levando-se em consideração que se trata de uma atuação interdisciplinar em tempo de busca de adequações.

De acordo com as diretrizes ministeriais, o trabalho da equipe do NASF acontece por meio das modalidades assistencial e técnico-pedagógica. A primeira modalidade é pautada numa abordagem clínica direta com os usuários por via de atendimentos na unidade de saúde, visitas ou atendimentos domiciliares e atividades em grupos. Já a modalidade técnico-pedagógica tem suas intervenções voltadas para a Educação Permanente em Saúde (EPS), junto às equipes da Atenção Básica através de discussões dos casos, construção de plano de cuidado, atendimento compartilhado e oficina sobre tema específico (BRASIL, 2012).

Os apoiadores matriciais dos dispositivos da gestão pública, exercida pelas equipes dos NASF visam potencializar a rede de serviço em saúde. Porém, os documentos publicados pelo Ministério da Saúde sobre a organização desse serviço deixam margem para diferentes interpretações sobre o seu papel junto às redes de saúde locais. Este fato contribui com o surgimento de disputas no contexto local sobre como operacionalizar o NASF, favorecendo a co-existência de diferentes modelos de trabalho (SAMPAIO et al., 2012).

Os dados da pesquisa apontaram que, os encaminhamentos ao psicólogo são realizados por meio de contato pessoal, informal. Quando possível, em reuniões de equipe quinzenalmente, na unidade de saúde e também na forma escrita em prontuários, formulário e caderno de comunicação interna.

Eu faço o encaminhamento escrito mesmo, ou quando coincide o dia dele estar aqui, eu chamo e aí a gente conversa imediatamente ou com comunicação interna. Escrevo em prontuário e costumo fazer uma carta para ele também(M8).

A informação sobre os sujeitos atendidos na ESF possui grande valor para a organização do território da saúde na Atenção Básica e, conseqüentemente, para o cuidado

integral da população atendida neste serviço. Segundo Raffestin (1993) informação é poder e a língua, um recurso, um trunfo, que está no centro das relações que são marcadas pelo poder. Para a manutenção e o domínio de um determinado território faz-se necessário a circulação de informações e estas funcionam como energia que interfere na capacidade de controle territorial.

[...] as palavras, as expressões e as mensagens circulam como mercadorias. Como outros produtos, cada palavra, expressão ou mensagem se apresenta como valor de uso, onde se tenta satisfazer uma necessidade de comunicação e valor de troca (RAFFESTIN, 1993).

Os médicos consideram que as experiências vivenciadas por eles com relação aos encaminhamentos realizados aos psicólogos foram positivas porque existe uma boa comunicação entre estas duas categorias de profissionais. Afirmaram que pontos de vista diferentes sobre um mesmo caso auxiliam no tratamento do sujeito.

O estabelecimento de uma prática comunicativa significa enfrentar os conflitos na Atenção Básica e pode favorecer a ação interdisciplinar. Nessa perspectiva, a responsabilidade pelo cuidado integral ao sujeito passa a ser compartilhada e o profissional médico deixa de ser o centro da equipe, como preconiza o modelo hospitalocêntrico (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Os participantes afirmaram que preferem utilizar-se do contato pessoal com o psicólogo para encaminhar e/ou discutir algum caso clínico. Relataram que quando conseguem conversar pessoalmente com o psicólogo sobre o paciente, o resultado no tratamento destes é melhor do que daqueles que foram encaminhados por meio do papel. Enfatizaram que a linguagem verbal e o contato pessoal facilitam o entendimento do caso, pois possibilita a oportunidade de cada profissional manifestar sua opinião e realizar os questionamentos que entender ser necessário.

Eu falo com o paciente na consulta: Óh, você está precisando de atendimento da psicóloga. Ainda falo muitas vezes com a psicóloga: o fulano vai vir consultar com você e está com, esses e esses problemas (M6).

Os médicos relataram que nem sempre é possível fazer esse contato pessoal com o psicólogo porque o mesmo não atende na ESF todos os dias.

Uma coisa é um encaminhamento escrito, outra coisa é você conversar pessoalmente com um psicólogo. Todavia, nem sempre é possível esse contato pessoal porque não é todos os dias que o psicólogo do NASF encontra-se na unidade de saúde. Não é sempre, não é toda hora que o psicólogo está presente no posto (M11).

A atenção Básica de Governador Valadares conta com a presença do psicólogo no NASF de modalidade um. Esse profissional possui a função de oferecer apoio matricial a nove ESFs, permanecendo quatro horas por semana em cada uma. Porém, existe previsão desta carga horária ser ampliada para oito horas semanais. A Secretaria de Saúde deste

município está em fase de reorganização do serviço do NASF, ampliando o número de equipes. (GOVERNADOR VALADARES, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria número 3.124, de dezembro de 2012, estabeleceu três modalidades distintas de NASF, as quais se distinguem pela quantidade de ESF que cada equipe de NASF se responsabiliza, e pela quantidade de equipes que cada município pode implantar. Na modalidade um, cada equipe de NASF é composta por profissionais de nível superior que atendem no mínimo cinco e, no máximo nove ESFs. A soma da carga horária semanal dos membros desta equipe acumulam no mínimo duzentas horas semanais sendo que nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que vinte horas. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo vinte horas e, no máximo oitenta horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012)

Além de ajudar no tratamento e na promoção da saúde do sujeito atendido na ESF, os participantes demonstraram acreditar que a troca de experiência entre a equipe de trabalho contribui também para o crescimento pessoal e profissional de cada um. Segundo um dos médicos entrevistados cada vez que ele se senta com um profissional e conversa sobre algum assunto, tem a certeza de que deixa e também leva alguma informação importante (M4).

A valorização da prática integrada entre diferentes profissionais que atuam na Atenção Básica, relatada pelos participantes deste estudo, demonstrou que estes profissionais estão vencendo um dos grandes desafios enfrentados por todas as profissões, que é o trabalho em equipe. Araújo; Rocha (2007) apontaram que o trabalho em equipe representa um dos pilares da prática na AB e é um universo ainda pouco discutido em pesquisas de saúde coletiva. O processo de construção do projeto de Saúde da Família, requer dos profissionais um projeto assistencial comum integrado entre si e com a comunidade.

Segundo Mangia; Lacman (2008), a atuação conjunta, integrada e intersetorial não é prioridade na graduação da maior parte dos profissionais, e estes precisam desenvolver essas habilidades no cotidiano dos serviços de saúde através do trabalho coletivo no território onde os sujeitos vivem. Para

Sherer; Pires; Jean (2013), o trabalho integrado, no cotidiano da ESF é ao mesmo tempo imprescindível e desafiante. Imprescindível por englobar diferentes saberes no cuidado dos sujeitos atendidos nesse seguimento. Desafiante por exigir envolvimento pessoal de cada membro desta equipe para lidar com as inovações propostas pela interdisciplinaridade que é trabalhar em equipe.

5.2.5- Tema: Abordagem do psicólogo ao médico para encaminhar/discutir caso clínico

Caracteriza a realização de encaminhamentos e casos clínicos do psicólogo para o médico. O psicólogo encaminha e discute ocorrências com o médico objetivando compreender o sujeito na sua integralidade e favorecer a elaboração de um projeto terapêutico que abarque as suas condições biopsicossociais

5.2.5.1- Categoria: Encaminhamento ao médico pelo psicólogo

Todos os participantes afirmaram que o psicólogo encaminha e discute casos clínicos com eles, considerando este fato uma experiência positiva. Para os médicos a discussão de casos com esses profissionais se configura como um trabalho em equipe/interdisciplinar que proporciona benefícios para o sujeito “Quando a gente, age junto, a gente traz benefícios ao paciente”(M11).

Percebe-se, nas falas, que normalmente o psicólogo busca a interação com o médico visando adquirir e fornecer informações importantes para o tratamento do sujeito, as quais não tenham sido repassadas durante a consulta ; discutir a melhor conduta a ser utilizada com esse profissional, solicitar avaliação médica, sugerir prescrição de psicofármaco e/ou encaminhar para alguma especialidade, que na maioria das vezes é psiquiatria; bem como apresentar retorno sobre algum caso atendido em conjunto. Os médicos consideram ser importante que o psicólogo lhes procure porque, “muitas vezes, pela abordagem da psicóloga, ela já fala: esse paciente tá precisando de medicação também. Então acaba que, um ajuda o outro”(M6).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os cuidados primários à saúde, devem aproximar-se das necessidades da população dentro do seu contexto social e cultural. Passou-se a considerar os determinantes de saúde com foco nos indivíduos, nas suas famílias e na população, e não na enfermidade (ALMA-ATA (1978) e a CARTA DE OTTAWA (1986).

Segundo os participantes, o psicólogo realiza seus encaminhamentos ao médico por meio de contato pessoal e através do formulário de referência e contra – referência, escrito. Observou-se que a maioria dos médicos relatou que normalmente o psicólogo utiliza do contato pessoal, verbal para lhes encaminhar ou discutir algum caso, como se vê no relato: “o psicólogo me procura pra pedir ideias, pra discutir, pra ver qual a melhor conduta para o paciente”(M2).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2009), a articulação das equipes multiprofissionais para a realização de um trabalho conjunto e a ampliação da atuação dos psicólogos para além do modelo clínico/individual tem sido um desafio para o psicólogo.

Segundo os participantes, o trabalho de interação é possível porque existe uma boa relação interpessoal e comunicação entre a equipe de trabalho. Nota-se que é imprescindível que exista uma boa comunicação entre os membros de uma equipe para que haja a integração nas ações. Ao

[...] As atitudes, as maneiras de falar e os códigos sociais são diferentes e mutáveis sendo pela via da comunicação que tais características são transmitidas de forma a possibilitar a homogeneização dos espaços. (CLAVAL 2007).

Evidenciou-se que os entrevistados são favoráveis à atitude do psicólogo de realizar encaminhamento de casos, debater ou sugerir ao médico alguma intervenção para o sujeito. Para eles, quando o sujeito é referenciado pelo psicólogo, facilita a abordagem durante a consulta e pode influenciar positivamente no resultado do tratamento. Este entendimento pode ser observado no relato que afirma que “é bom porque vindo o paciente já encaminhado, já tendo passado por ele antes, até facilita a minha abordagem" (M9).

Esta prática de atendimento ao sujeito e encaminhamento ao médico, realizada pelo psicólogo na Atenção Básica, reforça o que já foi discutido neste trabalho com relação à incoerência entre o que é proposto pelo matriciamento e o que o psicólogo vem realizando neste serviço. Segundo o Conselho Federal de Psicologia, (2009) o psicólogo integrou-se aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a função de realizar ações de apoio às equipes da Atenção Básica e não para realizar referência ou servir de porta de entrada para o sujeito que procura a unidade de saúde.

Historicamente a inserção do Psicólogo nas políticas públicas de saúde, nem sempre foi tão amistosa como se mostra neste estudo. Segundo Dimenstin, (1998), na década de 70 quando o psicólogo começou a ocupar áreas tradicionalmente ocupadas pelo médico, houve conflito entre as duas categorias, uma vez que cada uma reivindicava competência exclusiva no mercado de trabalho.

Nota-se que está havendo esforço por parte do psicólogo e médico para vencer um dos grandes desafios enfrentados por estes profissionais que é a realização de um trabalho conjunto dentro de uma lógica multidisciplinar, que vai para além do modelo clínico/individual.

5.2.6- Tema: Sugestões para melhoria do atendimento

Apresenta sugestões para melhoria do trabalho do psicólogo do NASF, objetivando melhor qualidade do serviço prestado por esse profissional na Atenção Básica. Essa melhoria compreende a adequação de espaço físico para o psicólogo realizar os atendimentos psicológicos individuais e também a organização do processo de trabalho.

5.2.6.1- Categoria: Melhoria na Infraestrutura

Quando foi perguntado aos participantes se os mesmos gostariam de falar algo que não havia sido perguntado, a maioria se manifestou, relatando que é imprescindível a presença do psicólogo junto à equipe da Atenção Básica, uma vez que realizam atividades em um território socialmente vulnerável e com vários casos de adoecimento mental. Acreditam que a presença do psicólogo na ESF se faz importante, também, para auxiliar na abordagem e tratamento dos sujeitos portadores de algum tipo de transtorno mental. Consideram ser difícil executar ações de saúde com esses sujeitos, porque faltam às consultas, chegam na ESF a qualquer hora, querendo ser consultado a qualquer custo e querendo renovar receitas de psicotrópicos.

É muito difícil lidar com esses pacientes[...] que estão com problemas emocionais. [...] os pacientes que já tratam há muito tempo, usa medicação, é muito complicado. (...) Se não tivesse o apoio da psicóloga, acho que (...) não sei como a gente conseguiria lidar, porque (...) são pacientes que faltam às consultas, que chegam aqui querendo consultar de qualquer jeito, que usa, às vezes, a muleta de ser paciente psiquiátrico para poder consultar. [...]Chega aqui qualquer hora, querendo renovar receita, são pacientes complicados(M6).

Observa-se que o profissional médico consideraram ser complexa a condução para estabelecimento da sua relação com sujeitos portadores de sofrimento mental que frequentam a Unidade Básica de Saúde. De acordo com Rosani; Rodrigues (2004) há necessidade do

desenvolvimento de uma comunicação mais interativa entre médicos e pacientes de forma que possibilite uma maior qualidade na relação entre os mesmos. O profissional precisa incorporar em sua prática de cuidados a percepção do paciente acerca do seu adoecimento que pode divergir do olhar clínico.

Isto não significa que os médicos tenham de se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico e diagnóstico, necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença (ROSANI; RODRIGUES, 2004)

Quanto às sugestões de melhoria, os participantes sugeriram avanço na estrutura física e operacional do NASF. Relataram que o município de Governador Valadares já apresenta algumas iniciativas como as reformas físicas das ESFs e aumento do número de equipes de NASF, porém, com necessidade de se implementar mais melhorias.

Com relação ao espaço físico, foi mencionado pelos participantes que a unidade de saúde precisa disponibilizar sala adequada para que os profissionais do NASF realizem seus atendimentos com melhor qualidade e garanta a privacidade para o sujeito atendido. “Agora tá melhorando aqui no posto, porque tá havendo uma reforma física. O pessoal do NASF ficava lá, largado, numa sala, noutra, atendia lá no almoxarifado e isso não era legal”(M1).

As unidades de Atenção Básica de Governador Valadares, atualmente, encontram-se em reforma em sua estrutura física e operacional com recurso financeiro oriundo do Programa de Melhoria no Acesso e Qualidade - PMAQ (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Este programa foi implantado com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Básica. É uma ferramenta utilizada pelo Ministério da Saúde para realizar o monitoramento e avaliação deste serviço, dando subsídio para que o governo federal disponibilize incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. Este incentivo é variável e transferido às equipes, mensalmente, conforme resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal. Baseia-se no número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ (BRASIL, 2012).

Foi relatada, também, pelos participantes, a importância de ampliar a carga horária do psicólogo do NASF na ESF. Embora reconheçam que o município já tenha ampliado o tempo deste profissional na ESF, de quatro para oito horas por semana, acreditam que há necessidade de ampliar mais ainda. Para eles, o modelo de assistência psicológica por via do matriciamento, oferecido atualmente pelo SUS na Atenção Básica, não está sendo suficiente para atender as demandas da população. “Nós começamos com 4 horas na semana, hoje nós temos 8 horas por semana, eu gostaria que fosse 20 horas por semana e eu tenho certeza que com 20 horas por semana o psicólogo teria demanda para atender todos os dias” (M4).

Segundo os médicos, o psicólogo precisa ser mais valorizado e ter mais disponibilidade de tempo para trabalhar na ESF. Relataram o fato de precisarem atender em várias ESFs por semana por meio do NASF; o psicólogo pode ficar sobrecarregado frente às complexidades sociais que envolvem alta demanda em saúde mental na Atenção Básica.

Eu espero até, que exista uma participação mais ativa, até dando um pouco mais de valor ao profissional[...]. Eu acho uma carga de trabalho muito grande, para um NASF aqui só. [...]. A maioria dos problemas aqui se não for psicológico diretamente, são de fundo psicológico. Eu acho que deveria dar condições do profissional trabalhar mais em determinada comunidade (M8).

De acordo com os relatos dos participantes, a alta demanda, possivelmente, está relacionada ao nível socioeconômico baixo, violência doméstica, violência relacionada ao tráfico de drogas. Estes acontecimentos podem requerer maior disponibilidade do psicólogo para exercer atividades tanto relacionadas à prevenção quanto ao tratamento dos sujeitos atendidos neste segmento de saúde. “[...] na verdade a gente poderia ter mais acesso ao psicólogo [...]. A gente sabe que é limitado, porque o psicólogo tem que atender varias equipes”(M11).

Alguns municípios brasileiros acabam fazendo do NASF uma equipe que atende ambulatorialmente, situação decorrente da alta demanda de pacientes e da falta de Centros de Especialidades específicos ou da falta de profissionais, deslocando profissionais do NASF para outra função, valorizada como mais importante ou prioritária (CARPINTÉRO, 2008).

Para Lima (2013) a contratação de mais profissionais na atenção primária é um dos desafios do SUS, que precisam ser enfrentados para que o NASF não funcione como porta de entrada ou atendimento ambulatorial.

De acordo com a Portaria número nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, as competências dos NASFs foram ampliadas, e o Ministério da Saúde (MS) aumentou em até quatro vezes a capilaridade de resolubilidade da Estratégia Saúde da Família. Ampliou o número de profissionais, a área de cobertura, incluindo outras assistências tais como: consultório de rua, equipes ribeirinhas e fluviais, academia da saúde, e integração à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, como CAPS, ambulatórios especializados e outras redes como o SUAS e redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2011).

Os participantes demonstraram compreender que a promoção da saúde do sujeito que frequenta a unidade de Atenção Básica à Saúde, perpassa pela escuta oferecida pelo psicólogo; pelas orientações oferecidas por este profissional; pela sua participação em grupos operativos com pessoas que vivenciam os problemas parecidos; e principalmente, pela sua segurança em saber que pode contar não só com um profissional, mas com uma equipe de saúde para ajudá-lo.

Fica evidente na fala dos participantes a necessidade do trabalho em equipe, ao relatarem a importância das reuniões semanais ou quinzenais entre a equipe da ESF. Informaram que esse processo já teve início na unidade de saúde onde trabalham com expectativa de que os atendimentos oferecidos pelos profissionais da Atenção Básica à população, tende a melhorar cada vez mais à medida que estas reuniões aconteçam. Para eles, os profissionais de saúde não podem trabalhar isoladamente.

Eu acho que tem, que tentar fazer as reuniões. Agora vai ter umas reuniões semanais, quinze em quinze dias. Vamos ver como vai ser daqui pra frente (...), porque não adianta um trabalhar lá sozinho e outra aqui?(M3).

Para os entrevistados, tanto o psicólogo quanto o assistente social, o educador físico, o fisioterapeuta, a enfermeira, dentre outros, juntamente com o médico, desempenham juntos um papel importante na saúde do sujeito atendido na Atenção Básica, em decorrência das vulnerabilidades do território onde encontram-se inseridos.

[...]É muito bom, muito importante a psicologia ajudando.[...]não só a psicologia, mas, a assistência social, o educação física, a fisioterapia, a enfermagem, a medicina, etc. Todo mundo tem um papel, tem sua importância dentro da saúde da Atenção Básica. [...] A gente não trata, não é só uma doença[...] sempre tem muitas coisas por trás disso, tem uma família por trás, tem uma história por trás[...] uma vida ali que (...), que vive os conflitos, as dificuldades do dia a dia, mesmo [...](M7)

Observou-se que, em decorrência das inúmeras queixas biopsicossociais apresentadas pelos sujeitos atendidos na Atenção Básica, os médicos reconhecem a necessidade do trabalho integrado entre o psicólogo e demais profissionais que compõem as equipes de ESF e NASF. Este dado demonstra que o modelo biomédico que historicamente teve sua hegemonia nos serviços de saúde, está perdendo força e gradativamente vem sendo substituído pelo modelo muti e interdisciplinar. Para Sherer; Pires; Jean, (2013), a atuação multiprofissional na perspectiva interdisciplinar se constrói a partir de necessidades e capacidades determinadas pelo meio e pelos sujeitos que produzem o cuidado em saúde. Amplia interfaces a gerir e coloca novos desafios no plano das competências, os quais devem ser considerados ao se pensar sobre o potencial de cada profissional e as possibilidades dos mesmos trabalharem interdisciplinarmente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo levantou informações importantes sobre a atuação do psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da percepção de doze médicos que trabalham na Atenção Básica de Governador Valadares Minas Gerais. A análise dos dados fornecidos por estes participantes por meio das abordagens qualitativa e quantitativa, possibilitou o surgimento de reflexões importantes que poderão ampliar os horizontes de possibilidades de promoção da saúde no universo da Atenção Básica e também junto à comunidade acadêmica e científica, principalmente na área da Saúde Mental.

Segundo Minayo, 2004 a combinação das abordagens qualitativa e quantitativa pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do seu objeto de estudo. Santos (1999) afirmou que, o tamanho da amostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, uma vez que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas. Para Minayo (2009), essa abordagem “*Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes*”. Já a pesquisa quantitativa considera os princípios da causalidade e das generalizações dos dados visíveis e identificáveis.

Embora os entrevistados nesta pesquisa tenham apresentado perfil jovem (75% com 25 e 30 anos de idade), demonstraram estarem atentos aos princípios norteadores da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB). Esta atenção parece estar relacionada ao fato da maioria estar inserida no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (41,7%) e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), (33,3%); ser especialistas ou estarem cursando especialização em Saúde da Família (58,3%); e possuir experiência multidisciplinar de 6 meses a 3 anos na Atenção Básica junto aos profissionais da ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (75%).

Observou-se que os médicos estão buscando conhecer o perfil da população atendida na ESF e demonstraram interesse em criar alternativas para oferecer cuidado às pessoas de acordo com suas necessidades. Afirmaram a existência de diversos casos de adoecimento

relacionados com as vulnerabilidades sociais do território em que estas pessoas se encontram inseridas.

Para o Ministério da Saúde, o reconhecimento dos determinantes sociais do sofrimento e do adoecimento é uma estratégia importante para a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação social e da exclusão social (BRASIL, 2009). De acordo com a PNAB a equipe de saúde deve atuar de acordo com as especificidades do território da ESF, auxiliando a população no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde, considerando a dinamicidade dos territórios em que estas pessoas estão inseridas, os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e a necessidade de acolher toda e qualquer necessidade de saúde ou sofrimento apresentada pelo usuário (BRASIL, 2012).

Na percepção dos médicos as peculiaridades do território onde os sujeitos vivenciam suas territorialidades influenciam no adoecimento dos sujeitos atendido na Atenção Básica. Afirmaram que a maior parte das consultas médicas na ESF demanda cuidado em Saúde Mental, uma vez que os sujeitos atendidos apresentam em suas queixas questões relacionadas mais a problemas de ordem psicossocial do que física. Estas queixas são relacionadas a dificuldades socioeconômicas, estresse, excesso de trabalho, conflitos familiares, uso abusivo de drogas e violência. Consideraram que os sentimentos, as angústias, as questões existenciais dessas pessoas se configuram como um campo de atuação exclusivo do psicólogo do NASF, por possuir como principal atribuição tratar os doentes mentais atendidos na ESF. Por isso, esperam maior disponibilidade do psicólogo na Atenção Básica para realizar este tratamento através de consultas psicológicas individuais, atividades de grupo, psicoterapia cognitiva comportamental, dentre outros.

Não foi encontrado na Política Nacional de Atenção Básica, indicação de que o cuidado com a Saúde Mental do sujeito implica em cuidar do seu adoecimento mental, e nem mesmo que esta área seja uma atribuição específica do psicólogo do NASF. De acordo com as diretrizes que norteiam as ações de Saúde Mental dos profissionais do NASF, todos os profissionais deste núcleo devem oferecer apoio matricial às equipes de ESF, no sentido de viabilizar o desenvolvimento de habilidades das mesmas para lidar com as questões emocionais dos usuários, capacitando-as para fazer uso da rede assistencial disponível em sua comunidade em prol da saúde dos usuários ampliando assim, o acesso destes, aos serviços de cuidado em saúde mental. Criar espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo tendo como

eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado (BRASIL, 2009).

Para os médicos a escuta e a abordagem ao sujeito portador de algum sofrimento psíquico é mais apropriada ao psicólogo porque não se sentem capacitados para intervir nestes casos e também em sua rotina diária de trabalho, não possuem “tempo” suficiente para escutar os relatos/queixas referentes às suas experiências de sofrimento. Acreditam que o psicólogo poderá proporcionar a estas pessoas, estratégias para ampliarem o seu autoconhecimento, para conhecerem as suas limitações e possibilidades e enfrentarem as suas questões pessoais para se reestruturarem e se reestabelecerem na sociedade.

O entendimento do médico sobre a Saúde Mental como uma área que trata da doença mental e que ainda é responsabilidade prioritária da Psicologia, vai ao encontro à reflexão de Amarante (2013) sobre a complexidade que envolve a expressão Saúde Mental. Para ele a Saúde Mental, é uma área de conhecimento e de atuação técnica complexa, plural, intersetorial e com muita transversalidade de saberes que não se baseia apenas em um tipo de conhecimento e muito menos é exercida por apenas ou fundamentalmente por um profissional. Não se resume em psicopatologia e não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Por estar relacionada a histórias, a sujeitos, a sociedades, a culturas, fica difícil delimitar os saberes que efetivamente compõem o campo da Saúde Mental. Segundo o Ministério da Saúde as práticas em Saúde Mental na Atenção Básica devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde por meio de uma escuta acolhedora para que o sujeito consiga expressar seus conflitos e sofrimentos que muitas vezes são causadores de somatizações ou complicações clínicas (BRASIL, 2013).

Observou-se que existe uma grande expectativa por parte dos médicos de que o psicólogo do NASF intervenha diretamente no tratamento do adoecimento psíquico das pessoas atendidas na ESF, e auxilie na análise dos casos clínicos e na definição de conduta mais apropriada para cada um, principalmente na definição de encaminhamentos ao psiquiatra. Por esse motivo sugeriram adequações no trabalho do psicólogo na ESF de forma que esse profissional esteja mais presente em cada unidade de saúde e com melhores condições de trabalho para atender as inúmeras demandas de casos de Saúde Mental. Pontuaram que, a assistência do psicólogo do NASF a várias ESF por semana, conforme propõe o modelo matricial não atende as demandas da Atenção Básica.

Esta percepção do médico sobre a necessidade de adequações na prática do psicólogo do NASF, na ESF, coaduna com estudos realizados em outras realidades brasileiras sobre a eficácia do trabalho desse profissional no NASF. Um estudo realizado sobre a Psicologia nos

NASF na cidade de Belo Horizonte Minas Gerais apontou que o baixo contingente de psicólogos das equipes responsáveis por um elevado número de ESF e UBS são desafios e dificuldades encontradas por estes profissionais que comprometem a qualidade do trabalho prestados pelos mesmos. Os psicólogos que participaram deste estudo argumentaram que em decorrência da grande demanda advinda dessas UBS, os atendimentos e visitas domiciliares são realizadas mensalmente, ficando um número relevante de casos sem atendimento (AZEVEDO; KIND, 2013). Pode-se considerar que não é possível ao psicólogo prestar um serviço de qualidade assistindo várias equipes de ESF simultaneamente, realizando consultas individuais, visitas domiciliares, grupos operativos com os usuários, capacitação de equipe, discussão de casos clínicos, conforme relatado pelos participantes deste estudo.

Evidenciou-se nesta pesquisa, que existe interação entre o trabalho do médico e do psicólogo do NASF na Atenção Básica, por via de encaminhamentos formais e informais e discussão de casos clínicos. O processo histórico da inserção do psicólogo nas políticas públicas de saúde, demonstra que a relação entre os profissionais médico e psicólogo nem sempre foi tão amistosa como se mostra neste estudo. Segundo Dimenstin, (1998), na década de 70 quando o psicólogo começou a ocupar áreas tradicionalmente ocupadas pelo médico, houve conflito entre as duas categorias, uma vez que cada uma reivindicava competência exclusiva no mercado de trabalho. Os profissionais de saúde de uma forma geral, desenvolveram hábitos de julgar sua autonomia conforme o direito que teriam de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo.

Todavia o apoio matricial criado no ano de 2008 veio promover o encontro entre diferentes perspectivas, exigindo dos profissionais a elaboração dos projetos terapêuticos a partir de racionalidades e visões de mundo distintas. O termo apoio matricial é utilizado pelo Ministério da Saúde para explicar uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar, orientando para uma prática horizontal entre os profissionais que assistem o usuário do SUS, pautada no diálogo, na interação, na corresponsabilização entre as equipes. A palavra apoio é apresentada como uma estratégia para operacionalizar essa relação horizontal a partir da construção de linhas intercesoras entre os profissionais de referência e especialistas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Todos os médicos deste estudo demonstraram compreender a importância de trabalhar em conjunto com os profissionais da ESF e NASF, demonstrando disponibilidade para discutir com o psicólogo o melhor procedimento a ser adotado para aquele sujeito, que apresente algum conflito psíquico. Embora a metodologia de matriciamento proposta pelo governo brasileiro, seja uma excelente ferramenta para o exercício da integralidade do

cuidado à saúde do sujeito, é importante considerar que essa ferramenta só tem utilidade se os profissionais de saúde se dispuserem a utilizá-la em seu cotidiano por meio do trabalho em equipe. Trabalhar em equipe é possibilitar a integração de novos saberes, e para que isto ocorra necessita que o profissional esteja sempre disponível para passar e receber informações. Esta disponibilidade é imprescindível para que o profissional desenvolva novas habilidades e influencie na melhoria do ambiente onde está inserido e no processo de trabalho. Por essa razão pode-se dizer que o trabalho interdisciplinar vem ganhando espaço nos serviços de saúde, porém, requer ainda grandes e constantes reflexões dos profissionais sobre a sua prática no dia a dia, que precisa estar articulada para buscar a estruturação de novos saberes, construir novos paradigmas principalmente no território que cuida da saúde mental do sujeito, haja vista que este campo ainda é visto pelo médico como de responsabilidade do psicólogo.

A valorização do trabalho em equipe, especialmente junto com o psicólogo do NASF, associada à abertura dos médicos para falar sobre os seus desafios enfrentados no cuidado com a Saúde Mental na Atenção Básica, se apresenta como um caráter inovador neste estudo. Demonstra que a prática isolada entre os profissionais de saúde está sendo repensada e gradativamente substituída pelo trabalho integrado. Considera-se que esta interação entre profissionais de áreas distintas no serviço de saúde, como um aspecto muito relevante, haja vista que contribui com o fortalecimento da interdisciplinaridade que é fator primordial para a integralidade do cuidado e promoção da saúde do sujeito atendido pelo SUS.

A circulação de informações entre os profissionais da Atenção Básica sobre estratégias de cuidado em saúde mental, facilitada pelo psicólogo do NASF por meio do matriciamento relatada pelos médicos, expressa a ideia de Raffestin (1993) sobre a importância do conhecimento e da circulação de informações. Para ele a informação é poder e a língua, um recurso, um trunfo, que está no centro das relações que são marcadas pelo poder. Considera que é necessário a circulação de informações para a manutenção e o domínio de um determinado território.

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica é um território que precisa ser construído de forma integrada entre os diversos saberes. Para Haesbaert (2004), o território deve ser visto e construído de forma integrada, envolvendo, ao mesmo tempo, a dimensão espacial e material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço. Considerou que existem diferentes tipos de territórios que coexistem no mundo contemporâneo: territórios políticos, econômicos e culturais sendo que cada um deles possui

uma dinâmica e variam de acordo com os fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço.

A influência dos fatores biopsicossociais no processo de saúde e doença do sujeito, apontada pelos participantes é um fator que condiciona os profissionais da área da saúde, principalmente os que atuam na Atenção Básica, a buscarem constantemente o desenvolvimento de técnicas de trabalho inovadoras, a começar pelo modelo interdisciplinar. Segundo Scherer; Pires; Jean, (2013), a interdisciplinaridade demanda o uso integrado de conhecimentos na prática de profissionais de diferentes áreas.

A sugestão dos médicos para que o psicólogo esteja mais disponível nas ESF em decorrência da grande demanda de atendimentos a pessoas portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico, associada à dificuldade destes profissionais em lidar com estes casos, demonstrou a importância da inclusão psicólogo na equipe mínima da ESF para maior suporte aos profissionais deste serviço no âmbito da Saúde Mental, e para oferecer atendimento ambulatorial em casos específicos, uma vez que por meio do matriciamento este trabalho não é possível. Segundo Matarazzo (1982), a Psicologia da saúde agrega conhecimento educacional, científico e profissional sobre a teoria psicológica, importante para o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção e manutenção de saúde, na preservação e no tratamento da doença, na identificação da etiologia relacionada à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de política de saúde.

Segundo Carpintélio (2008) alguns municípios brasileiros acabam fazendo do NASF uma equipe que atende ambulatorialmente, situação decorrente da alta demanda de pacientes. Para o Conselho Federal de Psicologia o psicólogo não é incluído na equipe mínima de trabalho da ESF, porém, desenvolve as suas atividades bem próximas das ações dos demais profissionais desta equipe (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010). Para Lima (2013) a contratação de mais profissionais na atenção primária é um dos desafios do SUS, que precisam ser enfrentados para que o NASF não funcione como porta de entrada ou atendimento ambulatorial.

Nota-se que se faz necessário a ampliação de espaços permanentes de reflexão dentro das ESF, nas instâncias formadoras de profissionais das diversas áreas da saúde e nos espaços de gestão dos serviços de saúde, sobre o significado do cuidado em Saúde Mental dentro das ESF, objetivando a criação de uma visão renovada deste território. Neste contexto espera-se que aconteça a construção social de novos espaços e lugares dos profissionais responsáveis pelo cuidado da Saúde Mental dos sujeitos atendidos na Atenção Básica, de forma que desperte em toda a equipe de saúde o sentimento de responsabilidade pelo cuidado à saúde

física e mental desses sujeitos, haja vista que, trabalhar a Saúde Mental não significa trabalhar doenças mentais e, sim, a prevenção e a promoção da saúde em seus diversos aspectos.

As limitações e possibilidades da atuação do psicólogo do NASF na Atenção Básica, bem como, da relação deste profissional com o trabalho do médico e demais membros da equipe da Atenção Básica são questões que se destacaram neste estudo e merecem atenção especial com estudo mais aprofundado para que se ampliem os conceitos sobre saúde/doença/saúde mental. Pode-se afirmar que, se todos os profissionais da saúde adotarem em sua prática diária intervenções voltadas para a Saúde Mental do sujeito atendido pelo SUS, a política pública de saúde do Brasil terá dado um grande salto rumo à prevenção de doenças e promoção de saúde. Para Buss (2000), a introdução de novos conceitos sobre a saúde-doença contribui para que as práticas em saúde abarquem medidas preventivas não só sobre o corpo, mas também sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida coletivos. Com isso torna-se possível reforçar tanto os direitos quanto as responsabilidades dos sujeitos pela sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial-** Temas em Saúde - Scielo - Editora Fiocruz, 2013.

ANDRADE, **Psicologia na Atenção Primária à Saúde:** reflexões e implicações práticas 1 Paideia maio-ago. 2009, Vol. 19, No. 43, 167-175.

ARTMANN; RIVERA,. **Regionalização em saúde e mix público-privado.** (2003).

ARAÚJO; ROCHA, **Trabalho em equipe:** um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):455-464, 2007.

AZEVEDO; KIND, *Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em BH. Psicologia: Ciência e Profissão.* Vol. 3 – Brasília 2013.

BARDIN, **Análise de conteúdo.** ed. revista e ampl. Lisboa: Edições 70, 2011.

BOING; CREPALDI, **O Psicólogo na Atenção Básica:** uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras, *Revista Psicologia, Ciência e Profissão.* vol.30 no.3 Brasília Set. 2010.

BORGES. **Educação e Estratificação Social no Acesso À Universidade Pública** - Faculdade Planalto de Filosofia, Ciências e Letras – Brasília- *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 124, p. 113-139, jan./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios: Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pacto pela Saúde. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 648, 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2 ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf)**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011a. **Cria Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 1.654, de 19 de Julho de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, **o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)** e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Ministério da Saúde, Saúde Mental no SUS: **as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110 p.(Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110 p.(Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**.- Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : (Cadernos de Atenção Básica, n 34).

BUSS. **Promoção da saúde e Qualidade de Vida**. Ciênc. Saúde Coletiva v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000.

CALIXTO; et al., Oficina acadêmica: **bases curriculares e Medicina de Família e Comunidade**. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2012, Out.-Dez.; 7(25):221-4.

CERTEAU. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. 17.ed.Petrópolis: Vozes, 2011.

CLAVAL, Paul, **Géographies et géographes**, Paris, L'Harmattan, 384p., 2007.

CAMPOS. **Território e gestão de políticas pública**: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde – SUS.. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 5., 2011, São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011.

CAMPOS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CAMPOS; DOMITTI, **Apoio matricial e equipe de referencia**: Uma Metodologia para a Gestão do trabalho interdisciplinar em Saúde. Caderno de saúde pública 23(2): 399-407., 2007.

CAPRARA; RODRIGUES, **A relação assimétrica médico-paciente**: repensando o vínculo terapêutico Coletiva, Saúde & Ciência 146,-9(1):139 2004.

CARTA DE OTTAWA (1986). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CARVALHO; YAMAMOTO - **Psicologia para América Latina**, 2002 .

CARVALHO, **A Consolidação do Programa Mais Médicos na opinião Pública e na Cobertura Jornalística**. Intercom- Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XV Congresso de ciência da comunicação na região Sul – Palhoça – SC, 2014.

CARPINTÉRO. **Implantação dos NASF e Gestão Municipal de Saúde. Conselho Regional de Psicologia SP**. 2008.

CHIARINI. **As Universidades Federais Mineiras estão-se tornando mais desiguais?** Análise da produção de pesquisa científica e conhecimento (2000-2008). Educ. Pesqui., São Paulo, v. 38, n. 4, p. 897-918, out./dez. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. 256 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A Prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Brasília: CFP , 2009. 172 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde** – Brasília: CFP, 2010. 76 p.

CUNHA; GIOVANELLA. **Longitudinalidade / Continuidade do cuidado**: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 16, supl. 1. P. 1029-1042, 2011.

DALPIAZ; STEDILE. **Estratégia Saúde da Família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 5., 2011, São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011.

DIMESTEIN, **O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde**: desafios para a formação e atuação profissionais- Estudos de Psicologia- 1998, 3 (1) 53-81.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15. Jan. 2013.

DEVERA; COSTA ROSA, **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

ELIAS. **Norbert Elias por ele mesmo** – tradução, André Telles.- Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 2001.

FIGUEIREDO ; CAMPOS, **Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas**. SP: Uma rede ou um emaranhado; Ciência e Saúde Coletiva /14: (1) 129 – 138. 2009.

FERREIRA; FILHO,; GOULART; VALADÃO. **O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**: perfil e tendências. Rev Ass Med Brasil 2000; 46(3): 224-31.

FILHO; COELHO; PERES, **O Conceito de Saúde Mental** - Revista USP, São Paulo, n 43 p. 100-125, setembro/ novembro) 1999.

FLEURY **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo (SP): Atlas; 2000.

GOVERNADOR VALADARES, **Secretaria Municipal de Saúde**. Centro de Informação e Análise da Atenção a Saúde. Áreas de abrangências Saúde da família. 2012.

GOVERNADOR VALADARES, **Secretaria Municipal de Planejamento (SEPLAN)**. Governador Valadares, MG 2013.

GOVERNADOR VALADARES, **Secretaria Municipal de Saúde**. Centro de Informação e Análise da Atenção a Saúde. Áreas de abrangências Saúde da família. 2013.

GOVERNADOR VALADARES, . **Secretaria Municipal de Saúde**. Centro de Informação e Análise da Atenção a Saúde. Áreas de abrangências Saúde da família. Governador Valadares, 2014.

HAESBAERT. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HOUAISS **.Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese dos Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e alguns dos seus desafios**. Revista Saúde e Desenvolvimento | vol.3 n.2 | jan/jun 2013.

LOPES; LEAL, 2005, **A feminização persistente na qualificação profissional brasileira**, cadernos pagu, (24), 2005. p. 105-125.

LUZ, As **Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80**. In: Guimarães, Reinaldo; Tavares, Ricardo A. W. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. p.131-152.

MÂNGIA; LACMAN, **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. i, maio/ago. 2008.
MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, C. B. **A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil**. Educ. Soc., Campinas, vol. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009 15

MATARAZZO, J. D. **Behavior health s challenge academic, scientificand professional psychology**. Amer. Psychol., 1-14, 1982.

MENDES, Isabel A. C. Desenvolvimento e saúde: **a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.3 Ribeirão Preto Maio/Jun 2004.

MENDES; LEWGOY; SILVEIRA **Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

MILLAN, Reality Shows, **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26 n. 2, Brasília, 2006.

MINAYO, M.C.S. et al. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência e Saúde Coletiva, v.1, n.5, p.5-18, 2000.

MINAYO, **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MINAYO, **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** 28. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2009.

MONKEN; BARCELLOS, **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.

MONKEN; BARCELLOS, **O território na promoção e vigilância em saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224. 79.

NASCIMENTO, A Autogestão e o “**novo Cooperativismo**”- Seminário Nacional de Autogestão. Jonville SC, dez. 2004.

PEREIRA; BARCELLOS, **O Território No Programa Saúde da Família**. Hygeia, v.2 n. 2, 2006.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. Trad. Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RIO DE JANEIRO, Cartilha **de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde: “Diminuir para Somar”**. RJ, 2010.

ROSA; LABATE, **Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):450-2.

RONZANI; RODRIGUES, **O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos- Psicologia Ciência e Profissão**, 2006 26(1)132-143.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.6, p.401-406, 1999.

SANTOS, Milton. **Metamorfose do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS. **Reinventar a Democracia: Entre o Pré-Contratualismo e o Pós Contratualismo**, Centro de Estudos Sociais Oficina do CES. 107 (1998).

SAMPAIO; et al, **O Nasf como dispositivo de gestão: Limites e possibilidades**. Revista brasileira de Ciências da Saúde. V. 16, nº 3 p. 317-324, 2012.

SHERER; PIRES; JEAN, **A Construção da Interdisciplinaridade no trabalho da equipe de Saúde da Família**. Ciência e Saúde Coletiva, 18(11): 3203- 3212, 2013.

SARAH ESCOREL, et al., **O Programa de Saúde da Família e a Construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil**. Temas de Actualidad/Current Topics. Ver. Panam, Salud Publica/Pan Am/ Public. Health. 21 (2) 2007.

SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, Pilar B. Metodologia de Pesquisa. São Paulo: Mc Graw – Hill, 2006. Cap. 11: “**Elaboração do relatório de pesquisa**”, p. 528-538.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação**. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SEGRE; FERRAZ, **Departamento de medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho** da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil, 1997.

SILVA; OGATA; MACHADO, **Capacitação dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica**: Impactos e perspectivas, Revista eletrônica enfermagem ; 9(2) ag. 2007. (Disponível em Bases Bireme.br).

SOUZA; CARVALHO. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida**: um olhar da Psicologia . Universidade Federal de Minas Gerais. Estudos de Psicologia 2003.

SOUZA; FRANCO; MENDONÇA, **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros**: Os Reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro – Saberes Editora, 2014.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO, 2002.

TANAKA; RIBEIRO, **Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**: Caminho para a ampliação da integralidade da Atenção. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 14. N 2 Rio de Janeiro, 2009.

TESSER et al., **Acolhimento e (des) medicalização social**: Um desafio para as equipes de Saúde da Família – Ciência e Saúde Coletiva 15 (Supl. 3): 3615 – 3624, 2010.

VILELLA, WV et al. **Desafios da Atenção Básica**: A percepção dos profissionais sobre o seu trabalho Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1316-1324, jun, 2009.

VIEGAS; PENNA, **A integralidade no trabalho da equipe saúde da família**. Esc Anna Nery (impr.) 2013 jan -mar; 17 (1):133 – 141.

WEILLER; SCHIMITH, **PROVAB**: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde J Nurs Health. Faculdade de Enfermagem UFPel, 2014;3(2):145-46.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO****A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF**

Data: ___/___/2014 **Entrevistador:** _____ **Nº:** _____

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

- *Estamos fazendo uma pesquisa que tem como objetivo conhecer a visão do médico da Estratégia de Saúde da Família a respeito da atuação do psicólogo no NASF.*
- *Gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração respondendo as questões que serão feitas durante essa entrevista.*
- *Se você sentir que alguma pergunta lhe traz constrangimento, você não é obrigado a respondê-la. Solicite ao entrevistador para passar para a próxima.*
- *Desde que as respostas sejam sinceras, tudo o que você disser será muito importante para essa pesquisa.*
- *Em caso de dúvidas, pergunte ao entrevistador. Sua contribuição será ainda mais importante se antes de responder você tirar todas as dúvidas que tiver.*
- *Seu nome não será escrito em nenhum lugar desse questionário para garantir o segredo de que foi você quem o respondeu.*
- *Em qualquer momento da entrevista, você terá todo o direito de interromper e até mesmo destruir esse questionário.*
- *Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Univale (CEP), que fica na Rua Israel Pinheiro, 2000, no Campus Universitário. O telefone do CEP é 3279-5575.*

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Nacionalidade: _____ Vinculo: _____
Formação: _____ Tempo de formado: _____ Instituição de formação: _____
Tempo de atuação na Atenção Básica: _____
Tempo de atuação na Atenção Básica em Gov. Valad.: _____
Tempo de atuação junto com psicólogo do NASF: _____
Especialização: () Sim () Não – Quais: _____
ESF-NASF: () 2 () 3 () 4

QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO DE PSICOLOGIA

- 1) No seu entendimento, quais as principais atribuições do psicólogo do NASF na Estratégia Saúde da Família?
- 2) Qual a sua maior expectativa quanto ao trabalho do psicólogo do NASF na ESF?
- 3) No seu ponto de vista, o trabalho do psicólogo do NASF interfere no tratamento da saúde do paciente atendido na atenção Básica? () Sim () Não . Se sim, () positivamente ou () negativamente? De que forma?
- 4) Você já recorreu ao psicólogo do NASF para discutir e/ou encaminhar algum caso clínico? () Sim () Não . Se sim, Como foi esta experiência.
- 5) Você já foi abordado pelo psicólogo do NASF para lhe encaminhar e /ou discutir caso clínico? () Sim () Não. Se sim, como foi esta experiência?
- 6) Gostaria de fazer alguma observação, falar algo sobre o trabalho do psicólogo do Nasf na Atenção Básica, que não foi perguntado?

Obrigada pela sua participação!

**APÊNDICE B – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

OF: SAIS 007 12 13

Ref.: Solicitação de Autorização para Pesquisa

Governador Valadares, 29 de maio 2014.

Prezado Senhor Renato Fraga Valentim,

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de Saúde Coletiva, Indivíduo e Sociedade intitulado “A Psicologia na Atenção Básica: Concepção dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família – ESF”. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção do profissional médico da ESF a respeito da atuação do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF no Município de Governador Valadares MG.

Para a realização deste estudo, buscaremos junto ao Departamento de Atenção à Saúde deste município- DAS, identificar os médicos que atendem nas 36 ESFs que são apoiadas pelo NASF 1, 2, 3 e 4; bem como, os dias e horários de atendimento, telefone de contato para agendamento de encontro para apresentação da proposta e convite para participar da pesquisa.

Posteriormente, será agendado dia, horário e local adequado para aplicação do questionário àqueles que aceitaram o convite para participar. Será enfatizado que a pesquisa não deverá interferir nos procedimentos programados pela equipe da ESF, que a mesma possui caráter voluntário e que os participantes necessitarão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, podendo desistir de participar em qualquer momento sem nenhuma penalidade.

Após assinatura do TCLE os participantes serão submetidos a uma entrevista semi-estruturada, composta por questões relacionadas à identificação do participante e sobre temas que possibilitarão reunir informações sobre o trabalho desenvolvido pelo profissional

psicólogo do NASF na Atenção Básica de acordo com a concepção dos mesmos (Apêndice C).

Pretende-se com as entrevistas obter o maior número possível de informações e detalhamento sobre o trabalho do psicólogo segundo a concepção dos entrevistados, viabilizando a aquisição de informações relevantes que poderão contribuir para o aprimoramento do serviço de psicologia na Atenção Básica.

A presente pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE e ao *Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade – SAIS* desta Universidade. Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado à linha de pesquisa Território da Saúde e Saúde Coletiva deste programa de mestrado, cujos resultados serão utilizados para elaboração de artigos científicos e preparação de dissertação de mestrado.

Conforme normas de pesquisa com seres humanos, este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) e será garantida a não identificação dos sujeitos da pesquisa, utilizando-se de um sistema de codificação dos dados coletados. Garantimos ainda que os procedimentos desta pesquisa não implicam riscos diretos quanto à saúde dos participantes, embora os mesmos possam apresentar insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

O estudo aqui proposto será desenvolvido pela mestranda Maria Socorro de Menezes que integra a equipe de pesquisadores do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada de Território da UNIVALE e será utilizado para a preparação da sua tese de dissertação sob orientação da Prof^a Dra. Suely Maria Rodrigues .

Informamos que ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um relatório apresentando os resultados da mesma.

Neste sentido, solicitamos autorização para realização desta pesquisa nas Estratégias de Saúde da Família do Município de Governador Valadares, MG.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para esclarecimentos necessários.

No aguardo de definições da V.Sa., nos despedimos.

Atenciosamente,

Prof^ª. Dr^ª. Suely Maria Rodrigues
Sub-Coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde,
Indivíduo e Sociedade - Orientadora da Pesquisa

Maria Socorro de Menezes
Pesquisadora : Mestranda em G IT

Ilmo. Sr.

Renato Fraga Valentim

Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares - MG

Rua Teófilo Otoni, n° 421 Centro

CEP.: 35 020-600

Prezada Professora,

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde, autorizo a realização da pesquisa no Município de Governador Valadares, recomendando que nos seja dado ciência dos resultados antes da divulgação da mesma.

Atenciosamente,

Renato Fraga Valentim
Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares- MG

**APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
TCLE**

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação da Pesquisa e do Responsável pela execução da mesma:

Título: “A Psicologia na Atenção Básica: Concepção dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família – ESF”.
Duração do projeto: 2 anos
Pesquisadora Responsável: Maria Socorro de Menezes
Contato com pesquisador responsável: Endereço: Rua Manoel Cordeiro da Silva, 168 – Bairro Morada do Vale, 168 – CEP: 35.045.510 Governador Valadares - MG. Telefone (s): (33)32210860 / (33) 99745402
Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: (33) 3279 5575 /

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “A Psicologia na Atenção Básica: percepção dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família – ESF” na área de Psicologia. Esta pesquisa terá como objetivo conhecer a percepção do profissional médico de Estratégia de Saúde da Família a respeito da atuação do psicólogo no NASF.
- 2) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento.
- 3) Você será solicitado a responder questões referentes à sua identificação profissional e sobre seu entendimento sobre a prática do psicólogo do NASF na Atenção Básica, com garantia de que seu nome não será divulgado.
 - 3.1- Com relação à identificação profissional será solicitado informações sobre sua graduação (tempo e instituição), especialização, tempo de atuação na Atenção

Básica de forma geral, tempo de atuação na Atenção Básica e Governador Valadares- MG e tempo de atuação junto com psicólogo do NASF.

- 3.2- Com relação à prática do psicólogo do NASF na Atenção Básica, será solicitado relatar o seu entendimento sobre as principais atribuições deste profissional na Estratégia Saúde da Família; sua expectativa quanto ao trabalho do mesmo na ESF; se a sua prática interfere positivamente ou negativamente no tratamento do usuário da ESF; se você já recorreu a este profissional para discutir e/ou encaminhar algum caso clínico e como foi tal experiência e para finalizar, se você já foi abordado pelo psicólogo do NASF para encaminhar paciente e/ou discutir casos clínicos e como foi a experiência.
- 4) Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta ou participar de procedimento(s) que por ventura lhe causar (em) algum constrangimento.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) Sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: Insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida, conflitos entre o que pensa e o que imagina que deva ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.
- 8) Acredita-se que o presente estudo servirá para o levantamento de informações que contribuam para o aprimoramento do serviço de Psicologia do NASF na Atenção Básica; produção de material para auxílio de profissionais desta área, gestores públicos e instituições formadoras de psicólogos, na reorientação da prática desta profissão na saúde pública, principalmente junto às equipes de ESF e NASF.
- 9) Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes e nem a qual ESF é vinculado.
- 10) Os resultados obtidos com esta pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, MG, ____ de _____ de 2014

Nome do participante : _____

Assinatura do participante ou responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

ANEXO

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALE

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

Pesquisador: Maria Socorro de Menezes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30180914.0.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 654.610

Data da Relatoria: 12/05/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa bem escrito e fundamentado. A pesquisadora problematiza a realidade de trabalho dos psicólogos no NASF, mostrando-se inserida enquanto servidora pública. Mostra cuidado em separar sua atuação e seu trabalho de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos de pesquisa bem formulados e com possibilidade de alcance com a metodologia proposta e no cronograma previsto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta-se consciente dos riscos e benefícios do estudo e no TCLE faz com seus entrevistados saibam dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com boa revisão bibliográfica, com muitas literaturas governamentais e poucos autores independentes, talvez por conta do pouco número de publicações do tema em pauta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Somente rever formatação.

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br