

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

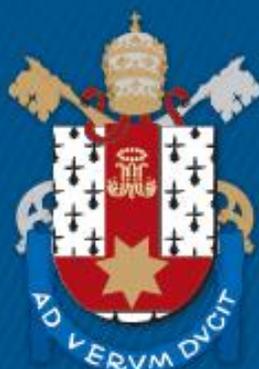
MARINA DAMION

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): A PRÁTICA DE PSICÓLOGAS  
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Porto Alegre

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): A PRÁTICA DE  
PSICÓLOGAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**MARINA DAMION**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
como requisito parcial para a obtenção do  
grau de Mestre em Psicologia.**

**Porto Alegre**

**2018**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): A PRÁTICA DE  
PSICÓLOGAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**MARINA DAMION**

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> KÁTIA BONES ROCHA

COORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> MARIANA CALESSO MOREIRA

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Social.

**Porto Alegre  
2018**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): A PRÁTICA DE  
PSICÓLOGAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**MARINA DAMION**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> LUCIANA SUÁREZ GRZYBOWSKI  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> VERA LUCIA PASINI  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> KÁTIA BONES ROCHA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ORIENTADORA

**Porto Alegre  
2018**

*“Nós, os investigadores do conhecimento, desconhecemo-nos.*

*E é claro: pois se nunca nos ‘procuramos’,  
como nós havíamos de nos ‘encontrar’.”*

*Nietzsche*

*“Pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar  
é o método, o resto são ferramentas.”*

*Emerson Elias Merhy*

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais, que proporcionaram minha caminhada até aqui de todas as formas possíveis. Pelo apoio, pelas despedidas frequentes e pela saudade diária. Agradeço o incentivo para que eu sempre buscasse investir em minha carreira profissional e acadêmica, fazendo com que meu desejo fosse orgulhá-los cada dia mais. Agradeço por sempre me impulsionarem para a vida, me desafiando e acreditando que eu poderia morar distante deles, graças a vocês, minha caminhada está sendo linda e repleta de afeto.

Agradeço também a minha irmã, Daniela, que com seu jeito sonhador e sempre repleto de questionamentos, me faz ver a vida por outros ângulos possíveis. Também agradeço a ela por despertar em mim o desejo de seguir em frente para sempre poder apoiá-la e servir como exemplo.

Ao meu companheiro, Felipe, que ao longo dos anos caminhou ao meu lado nessa jornada de formação, estudos e experiências. Agradeço pelo riso sempre fácil, pelo amor, pela leveza com que me faz encarar os desafios e pelo porto seguro que representa para mim.

Agradeço à minha orientadora Kátia, e à minha coorientadora Mariana, que juntas formam uma dupla perfeita para tecerem essa escrita comigo. Agradeço, além de tudo pela amizade, pelo carinho e pela forma como vocês me inspiram a ser uma psicóloga que ama sua profissão e a cada dia se encanta com as possibilidades dessa escolha.

À doutoranda Gabriela que me auxiliou na composição e escrita dessa dissertação, agradeço todo o apoio e parceria nessa caminhada.

Ao grupo de pesquisa e colegas que compartilharam comigo a rotina do mestrado e os desafios acadêmicos que surgiram. Especialmente à Katharina e ao Gustavo, que se tornaram para além de colegas, parceiros de vida, agradeço o apoio, a amizade sempre sincera e as trocas tão bonitas que realizamos até aqui.

Aos profissionais que participaram desse estudo e compartilharam comigo não apenas informações, mas desejos, afetos e resistência diante do cenário político e complexo que a saúde pública se encontra.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela oportunidade da bolsa de estudo nesse programa de mestrado, e pelo incentivo à pesquisa em nosso país.

## **RESUMO EXPANDIDO**

O objetivo desse estudo é compreender como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF na cidade de Porto Alegre e região metropolitana. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem como objetivo principal qualificar a Atenção Básica e aumentar a resolutividade da atenção, por meio da atuação multidisciplinar e apoio técnico-pedagógico com a inclusão de novos núcleos de saberes e estratégias de cuidado juntamente às Equipes de Saúde da Família (ESF). Diante desse contexto, também se preconiza a inserção de pelo menos um profissional da área de saúde mental no NASF, dentre eles profissionais da psicologia. Além da saúde mental, a psicologia também promove ações voltadas à saúde da família e à territorialização do cuidado, deparando-se com contextos de complexidade na atuação na atenção básica. A pesquisa que caracteriza a seção empírica desta dissertação consiste em um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. As participantes foram seis psicólogas, com idades entre 29 e 45 anos, atuantes em NASFs de Porto Alegre e Região Metropolitana, convidadas a partir do método snowball, no qual um profissional indica o próximo para participar da pesquisa. O critério de inclusão foi que as participantes atuassem por, pelo menos, seis meses no NASF. O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista semi-dirigida, que foram gravadas em áudio e transcritas. Quanto à análise do material, utilizou-se a técnica de Análise Temática, dando origem a três eixos temáticos de análise, as quais foram nomeadas: 1) Atendimento individual: produções subjetivas em saúde e seus alcances; 2) Eu, eles e nós: interfaces entre campo e núcleo; 3) O individual na perspectiva psicossocial: especificidades do psicólogo no NASF. Os resultados apontam que a prática do atendimento individual ainda constitui aspecto de importante discussão entre as diretrizes da política do NASF, de forma que os profissionais atribuem a essa prática uma responsabilidade profissional e pertencente a especificidade da sua identidade clínica. Ao mesmo tempo, aponta-se para uma aproximação da clínica às práticas psicossociais e de promoção da saúde, que integram os núcleos profissionais e compõem uma atuação do campo. Nesse sentido, busca-se problematizar a prática do psicólogo no NASF no contexto político atual e a complexidade da sua atuação.

**Palavras-chave:** NASF, Atenção Primária à Saúde, Psicologia, Clínica.

**Área conforme classificação CAPES:** 7.07.00.00-1 – Psicologia

**Sub-área conforme classificação CAPES:** 7.07.05.00– 3 – Psicologia Social

## ABSTRACT

The purpose of this study is to understand how are configured the practices and the work processes of psychologists of NASF in the city of Porto Alegre and metropolitan region. The Family Health Support Center (NASF) has as main objective to qualify Primary Care and increase the resolution of care through multidisciplinary action and technical-pedagogical support with the inclusion of new nuclei of knowledge and strategies of care along with Family Health Teams (ESF). In this context, the insertion of at least one mental health professional in the NASF is also recommended, among them psychology professionals. In addition to mental health, psychology also promotes actions aimed at the health of the family and the territorialization of care, encountering contexts of complexity in the performance of basic care. The research that characterizes the empirical section of this dissertation consists of a qualitative, exploratory and descriptive study. The participants were six psychologists, aged between 29 and 45 years, working in NASFs in Porto Alegre and Metropolitan Region, invited by the snowball method, in which one professional indicates the next to participate. The inclusion criterion was that the participants worked for at least six months in the NASF. The instrument used in the data collection was a semi-directed interview, which was recorded in audio and transcribed. For the analysis of the material, Thematic Analysis technique was used, giving rise to three thematic axes of analysis, which were named: 1) Individual care: subjective health productions and their scope; 2) Me, them and us: interfaces between field and core; 3) The individual in the psychosocial perspective: specifics of the psychologist in NASF. The results point out that the practice of individual care is still an important aspect of NASF policy guidelines, so that the professionals attribute to this practice the professional responsibility and belonging to the specificity of their clinical identity. At the same time, it is pointed towards an approach of the clinic to the psychosocial and health promotion practices, which integrate the professional nuclei and make up a field performance. In this sense, we seek to problematize the NASF psychologist's practice in the current political context and the complexity of its performance.

**Keywords:** NASF, Primary Health Care, Psychology, Clinical

**Área conforme classificação CAPES:** 7.07.00.00-1 - Psychology

**Sub-área conforme classificação CAPES:** 7.07.05.00– 3 – Social Psychology

## SUMÁRIO

<b>RESUMO EXPANDIDO</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2. SEÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>11</b>
2.1. Introdução .....	11
2.2. Implementação do SUS e a atenção básica como porta de entrada no Sistema .....	14
2.3. NASF: estratégia para qualificar a atenção básica .....	16
2.4. Saúde mental na atenção básica: estratégias de cuidado e apoio matricial .....	19
2.5. Atuação da psicologia no NASF .....	22
2.6. O cuidado na perspectiva da psicologia e promoção da saúde.....	25
2.7. Objetivo geral .....	26
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>26</b>
<b>4. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>
<b>5. ARTIGO: A PSICOLOGIA E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO NASF: INTERFACES ENTRE O INDIVIDUAL E O COLETIVO</b> .....	<b>35</b>
<b>6. ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUCRS</b> .....	<b>60</b>
<b>7. ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - SMSPA</b> .....	<b>63</b>
<b>8. ANEXO C – PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA REALIZADA NO PERÍODO DO MESTRADO RELACIONADA À TEMÁTICA INVESTIGADA</b> .....	<b>68</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

A dissertação aqui apresentada é resultado da pesquisa de mestrado da psicóloga Marina Damion, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Bones Rocha e coorientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariana Calesso Moreira. A autora do trabalho em questão participa do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Rocha, que possui como linhas de pesquisa os Determinantes Sociais da Saúde e Psicologia e Políticas Públicas da Saúde e Assistência, linha na qual a dissertação aqui apresentada se insere.

A dissertação teve como objetivo geral compreender como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF na cidade de Porto Alegre e região metropolitana. O tema escolhido para a dissertação é resultado da minha jornada acadêmica e profissional, que ainda na graduação tive contato com aspectos teóricos e práticos da saúde pública, atenção básica e especializada. Realizei estágios em unidade básica de saúde, e clínica psicoterapêutica. Após a graduação tive a oportunidade de ingressar na residência multiprofissional em saúde, que foi uma experiência única e de muito aprendizado como psicóloga na saúde pública. Ao longo de dois anos, de prática e teoria, me deparei com diversos desafios que o profissional da psicologia encontra nesse campo da saúde pública, assim como compreender a potência que o nosso cuidado é capaz de despertar tanto nos usuários, como na equipe de saúde. Nessa caminhada o interesse e desejo em pesquisar na área da saúde apenas aumentaram e após a residência busquei o mestrado em psicologia social com o tema de pesquisa na área da saúde pública.

O tema em questão já fazia parte de estudos realizados com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no grupo de pesquisa em que me inseri, e partindo do meu interesse e experiência como psicóloga na saúde, construímos o tema e objetivo de pesquisa. A psicologia é uma área de conhecimento que ao longo da sua existência apropria-se e compartilha campos de saberes diferentes. Para mim, a área da saúde é incompleta se pensada sem o profissional psicólogo, de forma que sua inserção propicia que o olhar e o cuidado para com o usuário sejam singular, afetivo e produtor de autonomia.

## 2. SEÇÃO TEÓRICA

### 2.1. Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem como objetivo principal qualificar a Atenção Básica e aumentar a resolutividade da atenção, por meio da atuação multidisciplinar e apoio técnico-pedagógico com a inclusão de novos núcleos de saberes e estratégias de cuidado juntamente às Equipes de Saúde da Família (ESF) (Ministério da Saúde, 2008). O NASF é implantado no Brasil em um contexto de saúde permeado por tensões e realidades divergentes, em que a atenção em saúde pode ser definida como lógica que orienta a ação, uma forma de organizar os meios de trabalho (Sampaio et al., 2012). Dessa forma, diante de uma realidade médico-assistencial privatista, alguns modelos em saúde são implantados como estratégia para fortalecer a atenção básica e o vínculo com o usuário (Campos, 1997). Esses modelos baseiam-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e buscam fortalecer a saúde pública, cujas necessidades sociais de saúde constituem o foco das intervenções, baseadas na compreensão sócio-política do cuidado em saúde (Cela & Oliveira, 2015).

A atenção básica se constitui como porta de entrada do usuário no sistema de saúde e é responsável pela organização territorial do cuidado, de forma que a ESF de cada território atenda às demandas da sua região (Mendes, 2011). A partir de 2011, constituem-se as Redes de Atenção em Saúde (RAS) que são compostas por diferentes atores organizados em rede, de maneira a superar a hierarquização no cuidado (Ministério da Saúde, 2011). Dessa forma, a ESF passa a configurar como equipamento principal na organização em primeira instância, de maneira a realizar a comunicação entre os serviços e os fluxos de atenção em saúde (Sampaio et al. 2012).

O NASF, juntamente à ESF, passa a operar no modelo de rede e co-gestão em saúde (Campos, 1998). Esse modelo preconiza que as ações são realizadas de forma compartilhada, com o apoio do matriciamento, no caso, dos profissionais do NASF, de maneira que esses agentes são atores de processos de reflexão e crítica. Dentre as atividades multidisciplinares do NASF que visam o cuidado integral ao usuário pode-se citar: atividades físicas e práticas corporais, práticas homeopáticas, acupuntura, inclusão social dos usuários que estejam incapacitados por deficiências, acompanhamento de famílias e usuários em risco psicossocial ou transtorno mental, promoção de maior utilização dos espaços públicos, atenção prioritária a usuários que estejam vinculados a situações de violência e/ou abuso de álcool e outras drogas, entre outras atividades de promoção em saúde (Tavares, 2008).

Os profissionais que compõem o NASF devem buscar a plena integralidade do cuidado, ou seja, um olhar para a saúde dos usuários como um todo. Essa diretriz de atuação deve ocorrer de forma a complementar e qualificar o trabalho da ESF. Nesse sentido, visando aumentar o escopo de ações da atenção básica, o NASF também tem como objetivo integrar a rede de atenção em saúde mental, no sentido de qualificar e abranger uma área que possui relevante demanda na atenção básica (Tavares, 2008). Diante desse contexto, também se preconiza a inserção de pelo menos um profissional da área de saúde mental no NASF, dentre eles profissionais da psicologia, psiquiatria ou terapia ocupacional (Ministério da Saúde, 2008).

Essa realidade se deve à alta demanda em saúde mental na atenção básica, que corresponde à cerca de 30% dos casos atendidos, que se depara com iniquidades de acesso, fragmentação do cuidado e baixa resolutividade (Wenceslau & Ortega, 2015). A atenção básica é apontada como estratégia prioritária para acolher essa demanda e, juntamente às equipes do NASF, torna-se meio potente para o cuidado continuado e integral.

Além da saúde mental, a psicologia também promove ações voltadas à saúde da família e à territorialização do cuidado, deparando-se com contextos de complexidade na atuação na atenção básica (Dimenstein et al., 2009). Nesse sentido, a psicologia, que tradicionalmente baseava sua atuação no modelo individual e elitizado, encontra um desafio para atuar nessa nova lógica de cuidado. A partir de uma compreensão de saúde que não se limita apenas a ausência de doença, mas sim em um entendimento biopsicossocial do sujeito, a psicologia passa a aproximar-se da complexidade da atuação na atenção básica, com ações voltadas a promoção da saúde (Rutsatz & Câmara, 2006).

Diante dessa inserção, os profissionais entendem que a atuação tradicional voltada para a clínica privada deve ser substituída, neste nível de atenção, por ferramentas técnicas em consonância com práticas psicossociais, atuação multidisciplinar, corresponsabilização pelo usuário e integralidade do cuidado (Dimenstein & Macedo, 2012). A lógica tradicional não se enquadra na realidade social que exige transformações para atingir o cuidado integral e continuado de maneira a promover autonomia e protagonismo social aos usuários (Dimenstein & Macedo, 2012; Zurba, 2011), com uma prática alinhada à Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2014a).

Outro fator que se configura como entrave para a atuação na atenção básica é a formação do profissional da psicologia, que ainda possui maior ênfase no modelo da clínica privada. Porém, cabe destacar que disciplinas voltadas para a atuação na saúde pública estão em um movimento de crescente ascensão nos cursos de graduação (Dimenstein & Macedo, 2012). Nesse sentido, estudos realizados em diferentes NASFs do país apontam que a atuação

do psicólogo ainda se encontra distante do preconizado na política nacional de atenção básica e promoção de saúde, muitas vezes voltadas para ações de cunho individual (Azevedo & Kind, 2013; Freire & Pichelli, 2013; Santos, Quintanilha & Dalbello-Araujo, 2010). No entanto, frente a um contexto de construção da atuação profissional no NASF, ainda existe uma lacuna entre as pesquisas que investigam as práticas da psicologia voltadas para a promoção de saúde e integralidade do cuidado.

Na direção do que foi exposto pelas pesquisas, identifica-se uma inclinação importante da gestão, usuários e trabalhadores acerca da assistência direta à população. Recentemente foi aprovada a Portaria nº 2.436 que aprova a atual Política Nacional de AB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS. Algumas mudanças são observadas nessa revisão como a nova nomenclatura para o NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e AB (Nasf-AB). As atribuições incluem suporte clínico, sanitário e pedagógico, assim como a prestação de serviços diretos à população (Ministério da Saúde, 2017).

O Nasf-AB segue não constituindo serviço com unidade física independente ou especial, não configurando livre acesso para atendimento individual ou coletivo, devendo ser regulado pelas equipes da AB. Dentre as revisões apontadas, uma delas orienta que uma das competências do Nasf-AB é contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (Ministério da Saúde, 2017).

Evidencia-se, portanto, que a assistência direta à população, com ênfase nos aspectos clínicos é resultado da realidade do que já vem ocorrendo nas práticas dos profissionais do NASF. Esses encontram dificuldades para a prática do apoio matricial e, juntamente à escassez de recursos na rede, acabam realizando atendimentos individuais e absorvendo demandas em formato ambulatorial, muitas vezes centrados no modelo tradicional biomédico.

Diante desse cenário de recente implantação do NASF, que possibilitou a concretização de um lugar sistemático da psicologia no contexto da atenção básica, e ainda, tendo em vista a complexidade dessa atuação, torna-se relevante a compreensão de como ocorre a construção das práticas dos psicólogos inseridos no NASF. Assim como, se a atuação dos mesmos ocorre em consonância com as diretrizes das Política Nacional da Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde, e quais aportes teóricos são utilizados na atenção em saúde. Dessa forma é possível pensar na articulação de estratégias para qualificar a atuação da psicologia na atenção básica e na articulação do NASF com a ESF e equipes especializadas. Além disso, possibilitar uma atuação que promova autonomia e integralidade do cuidado, de

maneira que os usuários se tornem atores protagonistas desse processo sendo possível um cuidado em saúde que promova transformações sociais.

## **2.2. Implementação do SUS e a atenção básica como porta de entrada no Sistema**

O termo cuidado primário é utilizado desde a década de 1920 no Reino Unido e referia-se a centros de saúde de cuidados primários cuja característica era ser o eixo central e regionalizado dos cuidados em saúde no país (Starfield, Shi & Macinko, 2005). Enquanto alguns países seguiam o modelo centrado na atenção primária, os Estados Unidos avançavam cada vez mais no conhecimento especializado de seus profissionais em saúde, de forma que a saúde adentra na lógica privada e era ofertada de maneira desigual aos cidadãos (Starfield et al. 2005). De acordo a autora, a atenção primária em saúde deve ser o foco central do sistema de saúde, à medida que reduz os custos, qualifica o acesso aos serviços apropriados e reduz as desigualdades em saúde da população.

No Brasil, passou-se a adotar o termo Atenção Básica como nomenclatura oficial, utilizando-se a definição de atenção primária conceituada por Starfield et al. (2005) como equivalentes, na qual compreende-se esse nível de atenção como o eixo central da coordenação do sistema de saúde, orientado pelos princípios da atenção primária: porta de entrada no sistema, integralidade e continuidade da atenção, assim como centrado na família e comunidade (Harzheim, Starfield, Rajmil, Álvarez-Dardet & Stein 2006; Ministério da Saúde, 2012a). Nesse sentido, guiado pelos preceitos da atenção primária em saúde, a Reforma Sanitária ganha força no Brasil nos anos 1980 e objetiva, utilizando-se das propostas da Saúde Coletiva, uma superação da lógica biologicista e médico-centrada (Cela & Oliveira, 2015). Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado por meio da Lei nº 8.080 de 1990, onde se regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, cujo princípio fundamental é a saúde como direito de todos os cidadãos.

O SUS fundamenta suas ações nas bases teóricas da saúde coletiva, que tem as necessidades sociais de saúde como foco de suas intervenções, baseadas na compreensão sócio-política do cuidado em saúde (Cela & Oliveira, 2015). O foco centrado na doença e na visão biomédica passa a ser questionado e a criação do SUS explicita os determinantes sociais em saúde como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação e lazer. Assim, a saúde passa a ser vista como um fenômeno de múltiplas determinações e exige a transformação dos serviços de saúde para alcançar a integralidade do cuidado (Ferro, Silva, Zimmermann, Castanharo & Oliveira, 2014). O olhar volta-se também para a atenção em saúde

mental, que, a partir da Reforma Psiquiátrica, desloca-se de um cuidado centrado no hospital, para o cuidado no território. Dessa forma, a atenção básica passa a ser uma estratégia de intervenção primordial para traçar ações no eixo territorial (Dimenstein et al. 2009).

Dentre os níveis de atenção no SUS, a atenção básica constitui-se como porta de entrada no sistema e deve operar nas estratégias de prevenção, promoção de saúde, reabilitação, tratamento, diagnóstico, assim como garantir o encaminhamento para a rede especializada quando necessário (Nascimento & Oliveira, 2010). Dessa forma, passa a ser o primeiro nível de atenção a que o usuário tem acesso para ingressar no SUS e deve possuir o caráter territorial, ou seja, ser acessível e próximo do local de trabalho e moradia do usuário. As ações devem se dar de forma individual e coletiva e serem voltadas para a promoção de autonomia do usuário por meio de práticas democráticas de cuidado (Lancman & Barros, 2011).

Ainda que o SUS esteja fundamentado em práticas da saúde coletiva e proponha mudanças no cuidado em saúde, percebe-se que as formas tradicionais de funcionamento dos serviços permanecem no cotidiano da rede de atenção, assim como o trabalho fragmentado com foco de atuação no modelo biomédico (Bonfim, Bastos, Góis & Tófoli, 2013). Assim, ocorre a criação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) que passam a ser o eixo organizador da atenção básica, com ações voltadas para promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência médica ambulatorial básica por profissionais em sua maioria generalistas. As equipes da ESF são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (Ministério da Saúde, 2012a).

As principais ações que as ESF devem realizar são o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações de saúde pactuadas com a comunidade, a fim de alcançar um cuidado continuado dos sujeitos e famílias (Bertagnoni, Marques, Muramoto & Mângia, 2012). Estima-se que cada equipe da ESF deva ser responsável por no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade (Ministério da Saúde, 2012a). A ESF busca a qualificação da atenção básica através de maior vinculação com o usuário e a comunidade, em consonância com o conceito de corresponsabilidade que objetiva diminuir a fragmentação na atenção (Cunha & Campos, 2011).

Os profissionais devem responsabilizar-se pelo usuário e as práticas em saúde que são exercidas, assim o objeto de trabalho não são os procedimentos, mas sim as pessoas e o território em que estão inseridas (Cunha & Campos, 2011). O território passa a ser considerado um espaço político onde existem relações de poder que envolvem usuários e trabalhadores de forma que o cuidado deve ser considerado na perspectiva ética e política (Lemke & Silva, 2010). A noção de território e seus atravessamentos estão interligados aos eixos do SUS como

integralidade, intersetorialidade e acessibilidade, de maneira que a ESF deva operar segundo as diretrizes do acolhimento, corresponsabilização e vínculo para que seja alcançado um cuidado resolutivo e qualificado (Dornelles & Rocha, 2015).

Na atenção básica a promoção de saúde é uma estratégia para o enfrentamento dos problemas sanitários e tem como eixo norteador ações baseadas na saúde e não na doença, como no modelo biomédico tradicional. A compreensão do conceito de saúde é ampliada e não se restringe a aspectos biológicos, mas sim aos determinantes sociais em saúde e à potência dos sujeitos de criação da própria vida, através de um processo de cuidado que promove autonomia (Campos, Barros & Castro, 2004). A Política Nacional de Promoção da Saúde, implementada a partir da Portaria nº 687 de 2006, redefinida pela Portaria nº 2.446 de 2014, tem como objetivo a criação de políticas públicas que possam nortear as práticas dos profissionais em saúde para que seja possível romper com a hegemonia do modelo biomédico e ações que objetivam apenas o tratamento de doenças (Ministério da Saúde, 2010, 2014a).

Nesse contexto, as ações são voltadas para as necessidades sociais em saúde, como violência, desemprego, educação, saneamento, aspectos ambientais, dentre outros (Ministério da Saúde, 2014a). O desafio diante dessa complexidade de fatores que envolvem as ações em saúde se encontra no processo de construção e prática dessas estratégias em promoção da saúde, de forma que os diversos setores, atenção básica e especializada atuem em consonância. Uma das estratégias encontradas é a intersetorialidade, conceito que embasa a política do SUS e promove a construção compartilhada entre os setores no que diz respeito aos saberes, ações e diálogo entre os atores (Campos et al., 2004).

Juntamente à intersetorialidade, a integralidade é um dos princípios que busca uma ampliação do olhar do profissional em relação ao usuário, que englobe as demandas territoriais para além da doença e uma recusa ao reducionismo e objetificação do usuário (Iglesias & Avellar, 2016). Assim, a atuação na atenção básica envolve estratégias de cuidado que busquem a integralidade, a não fragmentação da atenção e profissionais que atuem de forma intersetorial, a partir do compartilhamento de saberes e práticas.

### **2.3. NASF: estratégia para qualificar a atenção básica**

Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), criados a partir da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, são equipes especializadas que promovem ações de retaguarda às ESFs (Ministério da Saúde, 2008). São formadas por equipes de especialistas de diferentes áreas profissionais que visam, dentre outras atividades, oferecer apoio matricial por meio de suporte

técnico-pedagógico às ESF (Campos & Dominitti, 2007). O NASF tem por objetivo atuar de forma integrada, através de equipe multidisciplinar, não somente com a ESF, mas também com toda a rede de serviços, proporcionando o acompanhamento longitudinal do usuário no SUS (Nascimento & Oliveira, 2010).

O NASF é composto de nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem, saúde mental, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividade física/prática corporais e práticas integrativas e complementares (Ministério da Saúde, 2009). A composição da equipe deve estar de acordo com a necessidade do território, sendo que são previstas duas possibilidades de arranjos assistenciais, sendo eles: NASF 1, podendo dispor de no mínimo cinco profissionais de nível superior (médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional), e o NASF 2, podendo dispor de no mínimo três profissionais de nível superior (assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional) (Ministério da Saúde, 2009).

A Portaria nº 3.124 (Ministério da Saúde, 2012b) cria a modalidade 3 de NASF e redefine os parâmetros de vinculação das Equipes de Saúde da Família; o NASF tipo 1 deve estar vinculado, a no mínimo cinco e no máximo nove Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, sendo que a soma da carga horária dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais. O NASF tipo 2 deve estar vinculado a no mínimo três e no máximo quatro Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, e os membros da equipe devem acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais. Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo uma e a no máximo duas Equipes de Saúde, sendo que seus membros devem acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais. O NASF 3 abre a possibilidade de qualquer município do Brasil, que tenha ao menos uma Equipe de Saúde da Família, realize a implantação de equipes NASF (Ministério da Saúde, 2012b).

O NASF busca instituir a plena integralidade do cuidado no qual todos os profissionais compartilham a responsabilidade sobre a situação de saúde do seu território. Algumas diretrizes norteiam esse trabalho são os conceitos de territorialização, responsabilidade sanitária, trabalho em equipe, educação permanente e autonomia dos indivíduos e coletivos. Essas diretrizes orientam os profissionais para uma atuação voltada para a responsabilização da equipe sobre a saúde da população a ela vinculada, equipes articuladas que promovam ações integradas,

serviços articulados nos diferentes pontos da rede de atenção e a busca pela ampliação da autonomia dos usuários por meio do acolhimento e vínculo (Ministério da Saúde, 2014b).

Algumas ferramentas e estratégias são apontadas para colocar em prática o apoio matricial, como grupos, projeto terapêutico singular, genograma, ecomapa, atendimento domiciliar compartilhado, atendimento individual compartilhado ou específico. As práticas grupais possuem as características de socialização, integração, apoio psíquico e construção de projetos coletivos. O projeto terapêutico singular é pensado como um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário que considera as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. As visitas domiciliares compartilhadas têm como pontos fundamentais o usuário, a família, o cuidador, o contexto familiar e a equipe multiprofissional, já que o profissional do NASF não deve estabelecer vínculo primário com o usuário, mas com a equipe de saúde da família. O atendimento individual compartilhado tende a ser uma das rotinas mais frequentes para o NASF, nele é possível integrar o conhecimento com as equipes e os usuários e compartilhar a posterior discussão dos casos. De acordo com as necessidades do território é possível a utilização da estratégia do atendimento individual e a manutenção da lógica do apoio matricial, que mantenha o diálogo contínuo e a corresponsabilização de todos os envolvidos (Ministério da Saúde, 2014b).

Além das diretrizes e ferramentas do NASF, os profissionais se deparam com o desafio da atuação em equipes multidisciplinares e as trocas entre equipe de referência (ESF) e serviços especializados. Para guiar a atuação dos profissionais e promover um cuidado integral ao usuário, os conceitos de campo e núcleo são utilizados na saúde coletiva de forma a embasar a institucionalização dos saberes e suas práticas (Campos, 2000). Nessa direção, núcleo seria definido como identidade de uma área de saber e prática profissional, e campo como espaço de limites imprecisos em que cada profissão buscaria apoio para suas tarefas teóricas e práticas. No conceito de núcleo encontram-se as identidades sociais para as profissões, aliadas a práticas específicas de cada área e de maior aptidão e formação para determinada atuação. Nesse contexto, surgem os desafios e a complexidade da atuação na atenção básica, pautada pela integralidade, que exige dos profissionais uma ampla troca de saberes e corresponsabilização pelos usuários e práticas. Esse compartilhamento de saberes, com a manutenção de uma identidade profissional constitui o conceito de campo, que engloba os núcleos, porém não delimita limites precisos, de forma que um influencia o outro (Campos, 2000).

Diante desse cenário de atuação, encontram-se as ações em promoção da saúde que por meio da intersetorialidade objetivam o diálogo entre os setores, a corresponsabilização e a cogestão. Nessa perspectiva pode-se citar como ações destinadas ao NASF o que diz respeito

aos modos de vida da comunidade, condições de trabalho e relações, ambientes e território, práticas voltadas à educação permanente e formação dos profissionais em saúde e a inclusão dos usuários na elaboração dos seus projetos de saúde (Campos et al., 2004). Os conceitos e práticas estão interligados, de forma que para se alcançar um cuidado resolutivo e continuado na atenção básica os profissionais devem atuar na lógica do compartilhamento de saberes, corresponsabilização pelos usuários e intersetorialidade.

Na direção da integralidade e intersetorialidade, o apoio matricial surge como estratégia de articulação de saberes que objetiva a construção de práticas que assegurem uma visão ampla do usuário, que não separe a saúde da saúde mental. Assim, o cuidado em saúde dialoga com distintas especialidades, e profissionais que atuam na saúde mental são convocados a compartilhar suas práticas e saberes de maneira a efetivar a transversalidade da saúde mental em qualquer prática de saúde (Iglesias & Avellar, 2016).

#### **2.4. Saúde mental na atenção básica: estratégias de cuidado e apoio matricial**

A Reforma Psiquiátrica surge no contexto brasileiro na década de 80 em meio ao fim da ditadura militar, debates acerca da democracia no país e reformas no setor da saúde (Fagundes, Desviat & Silva, 2016). As práticas em saúde mental, que tradicionalmente baseavam-se em intervenções hospitalocêntricas, sofreram modificações que objetivaram implantar estratégias de cuidado territoriais e integrais (Dimenstein et al., 2009). O cuidado ao usuário em saúde mental passa a ser legitimado por meio da Lei nº 10.216 (2001) que objetiva promover mudanças na vida dos usuários e possibilitar a desospitalização e reorientar o cuidado em saúde mental (Andrade & Maluf, 2016).

Em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, cria-se a Portaria nº 336 de 2002, que institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de forma a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental (Ministério da Saúde, 2002). Estes dispositivos devem estar capacitados para o atendimento de usuários com transtornos mentais na sua área de abrangência de forma a regionalizar o atendimento ao usuário. A estratégia a ser alcançada pelos CAPS é a territorialização do cuidado, de forma a garantir uma assistência integral em saúde mental, distante da lógica biomédica e da institucionalização que acaba ocorrendo no modelo centrado no hospital (Barbosa, Martinhago, Hoepfner, Daré & Caponi, 2016).

Entretanto, alguns CAPS permanecem na lógica centrada no modelo biomédico, e por mais que o usuário passe a ter um papel ativo, as atividades seguem priorizando a medicalização e o atendimento individual (Leão & Barros, 2008). Diante desse cenário, evidenciam-se os

desafios que as equipes de saúde vivenciam no cotidiano da assistência, de maneira que seja possível superar paradigmas tradicionais e implementar um cuidado continuado, integral e de acordo com as singularidades de cada usuário (Barbosa et al., 2016).

Ao encontro a uma maior qualificação da atenção em saúde mental cria-se, a partir da Portaria nº 3.088 de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2011). Além dos CAPS, alguns dos serviços que compõem a rede são: os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRTs), Centros de Convivência, Unidade Básica de Saúde (UBS) e ações realizadas por equipes de saúde mental na atenção básica como Consultório na Rua e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Ministério da Saúde, 2011). Com a inclusão desses serviços e equipes, a atenção básica em saúde passa a ser também uma estratégia potencial de intervenção. (Dimenstein et al., 2009).

O cuidado em saúde, na perspectiva da atenção psicossocial, não envolve somente a saúde mental, mas sim compreender o sujeito como um todo, de forma que os profissionais da rede percebam a existência singular do sujeito e sua subjetividade (Demarco, Jardim & Kantorski, 2016). O modelo de atenção psicossocial preconiza desconstruir o lugar da loucura/doença cunhado pelo saber psiquiátrico, de forma a utilizar as estratégias do acolhimento, clínica ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Clemente, Lavrador & Romanholi, 2013). Essas práticas de cuidado possuem como norteadores a humanização e a integralidade nas ações em saúde, assumindo que todo o cuidado tem como pressuposto a intersubjetividade e singularidade de cada ação realizada. Os profissionais devem estar capacitados a esse acolhimento humanizado e cientes do complexo contexto psicossocial dos usuários, objetivando um cuidado integral e continuado (Spink, 2015).

Muitos são os desafios encontrados desde a reforma psiquiátrica e a criação do SUS, dentre eles, a notável demanda em saúde mental da população. De acordo com o Ministério da Saúde e dados da atenção básica entre 33 a 56% dos usuários atendidos nesse nível de atenção apresentam demanda em saúde mental (Ministério da Saúde, 2009). Nesse sentido, a atenção básica tem demonstrado potencialidades e possibilidades de ações nessa área que evitariam o isolamento do usuário em hospitais, a perda do vínculo familiar e prognósticos negativos de doença (Morais & Tanaka, 2012). Um cuidado qualificado e melhores desfechos em saúde mental são associados a uma eficaz coordenação entre atenção básica e especializada, de tal maneira que a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o acesso aos usuários sejam ofertados a fim de diminuir os agravos para a população (Rocha et al., 2013).

Atualmente a saúde mental enfrenta iniquidades de acesso e cuidado em nível internacional, e os países de baixa e média renda apresentam as maiores dificuldades em relação ao impacto sanitário dos transtornos em saúde mental da população. Outro aspecto relevante é o número expressivo de pessoas que não recebem tratamento adequado ou nem mesmo são diagnosticadas, o que evidencia o baixo investimento em saúde mental nesses países (Wenceslau & Ortega, 2015). Uma estratégia potencial para diminuir a falta de acesso e tratamento nesses casos é a integração dos serviços de saúde mental às ações da atenção básica de forma que ocorra o compartilhamento das tarefas e uma maior resolutividade (Rebello, Marques, Gureje & Pike 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) essa integração deve ser guiada pelos princípios de um sistema hierarquizado em saúde, na qual se deve realizar a identificação precoce dos transtornos mentais, o tratamento, a referência para outros níveis e a prevenção e promoção da saúde mental (WHO, 2008).

O ato de cuidar implica a compreensão da saúde de maneira global, sendo necessário acolher o sofrimento, principalmente na saúde mental, em seu espaço diário e comunitário. Assim, a atenção básica é atualmente o campo de ação preferencial para o acolhimento desses usuários com a possibilidade de estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a comunidade, aliada ao contexto cultural, familiar e político (Dimenstein et al., 2009). No entanto, o encaminhamento do usuário, referência e contrarreferência, é apontado como fragmentador do cuidado e, muitas vezes, restrito à instituição do CAPS, sem a devida interlocução com a atenção básica (Dimenstein et al., 2009). Um dos desafios para que ocorra a integração entre atenção básica e saúde mental é a baixa oferta de profissionais especializados que se encontram em número insuficiente para atender essa demanda. Dessa forma, uma das estratégias é a oferta de um tratamento integrado, em que problemas mentais e físicos são abordados em conjunto por equipes multiprofissionais (Wenceslau & Ortega, 2015).

Diante do contexto apresentado, uma das alternativas para essa articulação do cuidado no Brasil foi a implementação do apoio matricial em saúde, cujo objetivo é oferecer retaguarda especializada às equipes de atenção básica. Assim, um especialista apoia outros, com diferentes especialidades, para ampliar a eficácia de atuação (Cunha & Campos, 2011). O apoio matricial busca a ruptura com o modelo de atenção burocratizada e centrada na doença, assim, objetiva complementar os sistemas de referência e contrarreferência (Bonfim et al., 2013).

O apoio matricial está alicerçado teoricamente no método Paideia, desenvolvido por Gastão Campos e colaboradores ao longo de 25 anos, e utilizado na saúde pública no Brasil (Campos, Figueiredo, Pereira & Castro, 2014). Fundamenta-se em uma rede conceitual e metodológica que objetiva dar suporte à cogestão de coletivos, é aplicada na forma de apoio

institucional, apoio matricial e clínica ampliada. O apoio matricial visa um funcionamento de trabalho em rede com uma concepção ampliada do processo saúde-doença por meio da interdisciplinaridade e interação entre profissionais que trabalham com equipes de saúde (Campos et al. 2014).

O apoio matricial passa a ser uma estratégia de articular as equipes de referência, a ESF, com a rede de saúde e serviços especializados, de forma a favorecer um processo de cuidado contínuo, longitudinal e, portanto, mais resolutivo. A proposta tem como objetivo a substituição de ações centradas no modelo biomédico por modelos biopsicossociais com a incorporação de práticas multidisciplinares e, dessa forma, ampliar o conhecimento e troca de saberes dos profissionais para além do seu núcleo de saber específico (Barros, Gonçalves, Kaltner & Lancman, 2015). Assim, a ESF possui como objeto de atenção a pessoa em seu contexto, familiar e territorial, e não a doença, de maneira que produz ações interdisciplinares e com maior corresponsabilidade dos profissionais em todos os níveis de atenção (Neves et al., 2012).

No NASF um dos eixos centrais para a prática dos profissionais é o apoio matricial, que além da assistência em saúde com um todo, é também um dispositivo potente na atenção básica para qualificar o cuidado e complementar as ações em saúde mental. Entre as diretrizes da atenção básica encontram-se a educação permanente e o apoio matricial, estratégias que fundamentam a atuação dos profissionais do NASF e objetivam a aproximação entre atenção básica e atenção especializada (Castro & Campos, 2016). Dessa forma, a complexidade que se encontra na atenção básica é evidente, na qual o cuidado em saúde mental é pautado pela integralidade, continuidade da atenção e humanização do cuidado.

## **2.5. Atuação da psicologia no NASF**

Diante da relevância e demanda em saúde mental na atenção básica, a portaria do NASF sugere a inserção de pelo menos um profissional de saúde mental em cada equipe, que pode referir-se a um psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional (Ministério da Saúde, 2008). Os profissionais que compõem essa equipe têm como principais atribuições: desenvolver ações frente ao sofrimento psíquico associado a toda e qualquer doença e realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional, priorizando abordagens coletivas, e voltadas à promoção de saúde (Moreira & Castro, 2009).

O conceito de saúde estabelecido pela OMS engloba a psicologia ao abranger as dimensões biopsicossocial e espiritual como relacionadas ao bem-estar, porém, a psicologia é considerada como disciplina na área da saúde apenas em 1998 pelo Ministério da Saúde,

(Moreira & Castro, 2009). Sua inserção no SUS se deu por meio da atenção especializada e nível terciário (hospitais e clínicas), no entanto, está cada vez mais próxima da atenção básica (Dimenstein & Macedo, 2012). Essa aproximação também se deve à mudança no entendimento do processo saúde-doença, que compreende a saúde não só como ausência de doença, mas como um conjunto de fatores físicos, psíquicos e socioeconômicos (Rutsatz & Câmara, 2006).

Vários fatores contribuíram para a entrada da psicologia no campo da saúde pública, como o contexto social, histórico e político (Dimenstein, 1998). A partir da criação do SUS, ocorreram mudanças no modelo assistencial e o modelo médico centrado e individual-assistencialista perde força, de forma que outros saberes são incorporados e uma compreensão interdisciplinar passa a ser necessária (Freire & Pichelli, 2010). A inserção do psicólogo na atenção básica é recente e alguns entraves profissionais são encontrados na atuação, como dificuldades na prática das ações intersetoriais e interdisciplinares (Leite, Andrade & Bosi, 2013), falta de integração com a rede e contextos de alta vulnerabilidade social (Ferreira-Neto & Henriques, 2016). Outro aspecto relevante é a formação dos profissionais em saúde que muitas vezes é deficitária no que concerne aos problemas sociais e formulação de políticas públicas. Diante disso, a psicologia ainda se depara com questionamentos e debates acerca de sua responsabilidade social e saberes (Freire & Pichelli, 2010).

Diante da complexidade encontrada pelos profissionais, autores também apontam para um saber-fazer tradicional dos psicólogos que não responde a demanda que se apresenta nos cuidados primários e acaba por reproduzir uma lógica biomédica (Freire & Pichelli, 2013). O caráter político e social fica cada vez mais evidente no perfil dos psicólogos atuantes na saúde coletiva tendo em vista um verdadeiro envolvimento no trabalho designado como “compromisso social” (Dimenstein, 2001). De acordo com Dimenstein (2001), o compromisso social implica a construção de um saber crítico sobre o mundo e sobre si mesmo, assim como a compreensão do contexto de inserção desse sujeito no mundo.

O psicólogo no SUS tem por objetivo o rompimento da dicotomia entre saúde física e mental e deve visar acima de tudo um diálogo interdisciplinar em consonância com os preceitos da integralidade e resolutividade dos aspectos sociais (Freire & Pichelli, 2010). Desse encontro com a saúde pública e os serviços da atenção básica tem emergido questionamentos em relação à atuação, diante de uma realidade ainda longe da que é discutida na formação profissional (Dimenstein & Macedo, 2012). Nessa busca por uma identidade profissional na área da saúde pública, o psicólogo ampliou seus campos de saberes e a psicologia social passa a fazer parte do referencial teórico de muitos profissionais, no qual o principal objetivo é a busca de uma saúde integral e não somente saúde mental (Camargo-Borges & Cardoso, 2005).

O NASF representa, portanto, um dispositivo que pode ser utilizado para que os psicólogos e outros profissionais da saúde possam desenvolver suas práticas tendo como foco a saúde e não a doença. Trabalhando de forma a prevenir os problemas em saúde mental, tendo como foco a comunidade e utilizando recursos da mesma para ações e intervenções (Dornelles & Rocha, 2015). Também se destaca a importância da psicologia social no campo da saúde, no qual se busca a humanização da atenção e resgate da relação profissional/paciente como caminho para um posicionamento crítico e fortalecimento da autonomia (Traverso-Yépez, 2001). O profissional da psicologia, inserido nesse campo, deve adotar o modo psicossocial para a compreensão dos fenômenos, já que os fatores políticos, culturais, biopsicossociais e territoriais são determinantes do sofrimento psíquico (Macedo & Dimenstein, 2016).

Os principais documentos ministeriais relacionados com o funcionamento do NASF são: as Portaria nº 154/2008 e nº 3.124/2012, que implementam o NASF e NASF 3 e o Caderno de Atenção Básica nº 27, no entanto ainda existem carências de definições teóricas que orientem as práticas dos profissionais inseridos no NASF (Sampaio et al., 2013). Devido a essa realidade, a atuação da psicologia também enfrenta algumas indefinições quanto às práticas que devem ser realizadas. Nesse sentido, estudos apontam para práticas voltadas à elaboração do plano terapêutico singular, que se baseia no diagnóstico, plano de tratamento e acompanhamento de um caso específico, seja usuário, família, grupo ou território (Cela & Oliveira, 2015). Também se encontra a atuação em equipes multidisciplinares e a corresponsabilidade entre os profissionais, de maneira a priorizar as relações horizontais e a diluição do poder de decisão entre os membros da equipe (Sousa, Oliveira & Costa, 2015).

O apoio matricial também é citado como lógica de atuação na psicologia, que passa a compartilhar suas referências de vínculo, acolhimento e escuta qualificada com os demais profissionais (Iglesias & Avellar, 2016). São apontadas como práticas do psicólogo as atividades de cunho assistencial-formativo, atividades de caráter técnico-burocrático, atividades intersetoriais, atendimentos individuais, quando necessário, e visitas domiciliares (Freire & Pichelli, 2013). No entanto, devido às indefinições citadas anteriormente, um estudo realizado em São Paulo com profissionais de saúde mental que atuam no NASF mostrou que a elaboração de uma das principais ferramentas de trabalho, que é o plano terapêutico singular, torna-se dificultada devido à indefinição do objeto de trabalho dos profissionais, que transitam entre atenção e gestão, e devido à sobreposição de funções em relação a esse dispositivo (Hori & Nascimento, 2014).

## 2.6. O cuidado na perspectiva da psicologia e promoção da saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Ministério da Saúde, 2014a). Essa política fundamenta a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e preconiza a atuação do psicólogo na atenção básica. A autonomia, conceito que embasa as práticas em promoção de saúde, também norteia a interface da Psicologia com o SUS, já que a prática do profissional deve estar comprometida com a realidade dos usuários. Assim, os mesmos devem garantir espaços de engajamento da população na produção de saúde, o que por sua vez, capacita os sujeitos para serem autônomos, protagonistas, coparticipes e corresponsáveis por suas vidas (Moreira & Castro, 2009).

Diante da compreensão biopsicossocial do sujeito, práticas asilares de assistência e a lógica médico-centrada são cada vez mais questionadas, de forma que o protagonismo e empoderamento dos usuários e da comunidade são estratégias utilizadas para a efetivação do cuidado e participação social (Macedo & Dimenstein, 2016). O conceito de “empoderamento social”, proposto por Paulo Freire, leva à reflexão da intersetorialidade nas práticas de promoção, no qual promover saúde consiste em transformar realidades a partir de uma posição política consciente, levando em conta a justiça e a inclusão (Carvalho & Gastaldo, 2008).

As ações em promoção possuem um enfoque coletivo e na atenção básica, muitas vezes, o psicólogo é quem trabalha com uma atuação que objetiva qualidade de vida, redução das vulnerabilidades e riscos relacionados aos determinantes sociais como condições de trabalho, habitação, educação, lazer, acesso a serviços essenciais (Santos et al., 2010). A psicologia, quando em consonância com essas práticas de promoção, deve realizar uma atuação centrada na produção de sujeitos autônomos, possibilitando às pessoas guiarem suas próprias vidas, tornando-se aptas a lidarem com dificuldades e ocupando os espaços de controle social da comunidade (Campos et al., 2004). A autonomia do usuário deve, portanto, ser compreendida como uma dimensão do cuidado e atenção em saúde, para que seja possível uma lógica voltada para a escolha e a compreensão do usuário como cidadão, portador de direitos (Spink, 2015).

Essas práticas ainda se encontram voltadas para ações educativas, como palestras nas unidades básicas de saúde, voltadas para o indivíduo e que não abrangem a compreensão do contexto sócio-histórico-político (Santos et al., 2010). Ainda, segundo os autores, as atividades relacionadas à promoção de saúde muitas vezes são dirigidas à prevenção de doenças, com uma

abordagem individual que objetiva a mudança de hábitos. Ao mesmo tempo, algumas ações de profissionais da psicologia estão em consonância com essa política, cujos objetivos são direcionar o olhar e a escuta dos profissionais para o sujeito e sua potência, de forma a produzir por meio do cuidado coeficientes crescentes de autonomia (Campos et al., 2004).

No contexto do NASF, a psicologia configura uma área de saber que potencializa as ações em saúde e deve promover um cuidado alinhado às políticas de promoção de saúde e autonomia dos usuários. No sentido do apoio matricial e planejamento dos planos terapêuticos singulares, os profissionais da psicologia encaram a complexidade da atuação na atenção básica e a singularidade do cuidado que cada usuário demanda. Quanto à especificidade da atuação do psicólogo, vale apontar o caráter relacional do cuidado em saúde e a intersubjetividade de cada usuário, que produz, no encontro com o profissional de saúde, relações plurais em diversos contextos culturais (Spink, 2015).

Nesse contexto, a psicologia é convocada a promover ações coletivas e individuais, avaliar demandas e atuar em equipes multidisciplinares voltadas à atenção integral e corresponsabilização dos usuários (Santos et al., 2010). Para que essas ações sejam efetivas e o cuidado promova autonomia, o usuário deve ser compreendido a partir da posição de cidadão, que possui direitos e deveres, para que os atores envolvidos na produção de saúde possam reconhecer o lugar histórico, político e cultural que permeia essas relações (Spink, 2015).

## **2.7. Objetivo geral**

No contexto apresentado, observa-se a importância dos profissionais da psicologia na atenção básica, assim como os desafios encontrados na prática. O objetivo desse estudo é compreender como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF na cidade de Porto Alegre e Região Metropolitana.

## **3. MÉTODO**

A pesquisa que caracteriza a seção empírica desta dissertação, consistiu em um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, cujas participantes foram psicólogas inseridas nos NASF de Porto Alegre e Região Metropolitana. A escolha pelo método qualitativo de pesquisa deve-se aos pressupostos epistemológicos e teóricos que compreendem a pesquisa como sentidos que se complementam, ou seja, a experiência, vivência, senso comum e ação que envolve todo o processo da pesquisa qualitativa. Nesse sentido, os fundamentos para a pesquisa

qualitativa englobam a compreensão do fenômeno, a interpretação e a ação de dialetizar. Assim, a experiência, que se traduz em linguagem, produz reflexão e interpretação, em um movimento de narrativas permeado pela cultura, onde o pesquisador busca a compreensão da ação humana e social nesse contexto (Minayo, 2012).

As participantes foram seis psicólogas trabalhadoras de NASF, convidadas a partir do método *snowball*, no qual um profissional indica o próximo para participar da pesquisa (Biernacki & Waldorf, 1981). O critério de inclusão foi que as participantes atuassem por, pelo menos, seis meses no NASF. Todas as participantes são do sexo feminino, com idades entre 29 e 45 anos. Quatro profissionais são funcionárias públicas municipais e duas com vínculo empregatício de empresas terceirizadas em saúde. Dentre as participantes, uma profissional compõe a equipe NASF desde o ano de 2011, duas profissionais desde o ano de 2014 e as demais desde o ano de 2015.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista semi-dirigida com duração média de 30 minutos, sendo que as entrevistas foram gravadas e transcritas. O roteiro de entrevista foi elaborado pelas pesquisadoras e norteado por perguntas relativas às práticas e aportes teóricos utilizados pelos profissionais no contexto do NASF. A identidade das participantes foi preservada e as falas foram identificadas como P1, P2 e assim por diante. Os eixos que nortearam as questões da entrevista foram: atuação profissional, cotidiano de trabalho, trabalho em equipe, vínculo com a atenção especializada, encaminhamentos, matriciamento, aspectos positivos, aportes teóricos, relação com as políticas nacionais, psicologia no NASF, práticas da psicologia, saúde mental e psicologia, cuidado e integralidade, território e corresponsabilização.

A coleta de dados foi realizada a partir do contato com as psicólogas que atuam nos NASFs de Porto Alegre e região metropolitana a fim de apresentar a pesquisa e convidar para participar do estudo. As datas das entrevistas foram agendadas previamente, assim como não estavam vinculadas aos locais de trabalho das participantes, de forma que cada profissional indicou o local e horário para a sua realização. Foi priorizado que o local disponível fosse silencioso e reservado, para que fosse possível garantir a qualidade da entrevista. Além disso, objetivou-se interceder o mínimo possível nas rotinas de trabalho das unidades.

Quanto à análise do material, utilizou-se a técnica de Análise Temática, de acordo com Braun e Clarke (2006). A análise foi organizada em etapas, primeiramente realizou-se a familiarização de dados, que consiste na transcrição das entrevistas gravadas em áudio e leitura das mesmas. Posteriormente, as pesquisadoras partiram para a etapa da codificação inicial dos temas, referentes aos padrões recorrentes nas entrevistas. Os passos seguintes foram: escolha e

definição dos temas principais, os quais foram analisados cada código estabelecendo relações entre eles; releitura e revisão dos temas; e definição e nomeação das categorias temáticas. Por fim, a última etapa consiste na redação analítica, interligando extratos de falas mais significativos dos temas (Braun & Clarke, 2006).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Parecer nº 1.964.869, Anexo A) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 2.104.795, Anexo B), sendo aprovada pelas duas instâncias. Foram seguidas as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016 (Ministério da Saúde, 2016). Os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, e formalizaram o aceite em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4. REFERÊNCIAS

- Andrade, A. P. M. & Maluf, S. W. (2016). Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26 (1), 251-270. doi:10.1590/S0103-73312016000100014.
- Azevedo, N. S., & Kind, L. (2013). Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 520-535. doi: 10.1590/S1414-98932013000300002.
- Barbosa, V. F. B., Martinhago, F., Hoepfner, A. M. S., Daré, P. K., & Caponi, S. N. C. (2016). O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde em Debate*, 40(108), 178-189. doi: 10.1590/0103-1104-20161080015.
- Barros, J. O., Gonçalves, R. M. A., Kaltner, R. P., & Lancman, S. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), p. 2847-2856. doi: 10.1590/1413-81232015209.12232014.
- Bertagnoni, L., Marques A. L. M., Muramoto, M. T., & Mângia, E. F. (2012). Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Terapia Ocupacional*, 23(2), 153-162. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v23i2p153-162.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, (2), 141-163p.

- Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E, Góis, C. W. L., & Tófoli L. F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 287-300. Recuperado em 30 de setembro de 2017 de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S141432832013005000012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141432832013005000012&lng=pt&nrm=iso).
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101.
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32. doi: 10.1590/S0102-71822005000200005.
- Campos, G. W. S. (1997). *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec.
- Campos G. W. S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4): 863-870. doi:10.1590/S0102-311X1998000400029.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002.
- Campos, G. W. S., Barros, R. B., & Castro, A. M. (2004). Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749. doi: 10.1590/S1413-81232004000300025.
- Campos, G. W. S., & Dominitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.
- Campos, G. W. S., Figueiredo, M. D., Pereira, J. N., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 1), 983-995. doi: 10.1590/1807-57622013.0324.
- Carvalho, S. R., & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), 2029-2040. doi: 10.1590/S1413-81232008000900007.
- Castro, C. P. & Campos, G. W. S. (2016). Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 455-481. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
- Cela M., & Oliveira I. F. (2015). O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 31-39. doi: 10.5935/1678-4669.20150005.

- Clemente, A., Lavrador, M. C. C., & Romanholi, A. C. (2013.) Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. *Polis e Psique*; 3(1), 80-99. Recuperado em 05 de novembro de 2017 de: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/41111>.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013
- Demarco, D.A; Jardim, V.M.R., & Kantorski L.P. (2016). Health care to people with mental disorders in the network for psychosocial care. *Care Online*. 8(3), 4821-4825. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4821-4825.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1) p. 53-81. doi: 10.1590/S1413-294X1998000100004.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63. doi: 10.1590/S1413-73722001000200008.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 18(1), 63-74. doi: 10.1590/S0104-12902009000100007.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 232-245. doi: 10.1590/S1414-98932012000500017.
- Dornelles, A. D & Rocha, K. B. (2015). Psicologia e atenção básica: possibilidades a partir da implementação da política do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). In J.C. Sarriera, E.T. Saforcada, & J.A. Inzunza. (Eds.) *Perspectiva Psicossocial na Saúde Comunitária*. (pp. 131-154). Porto Alegre: Sulina.
- Fagundes, J.H.M., Desviat, M., & Silva, P.R.F. (2016). Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1449-1460. doi:10.1590/1413-81232015215.00872016.
- Ferro, L. F., Silva, E. C., Zimmermann, A. B., Castanharo, R. C. T., & Oliveira, F. R. L. (2014). Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, 38(2), 129-138. doi: 10.15343/0104-7809.20143802129138.
- Ferreira-Neto, J. L., & Henriques, M. A. (2016). Psychologists in public health: Historical aspects and current challenges. *Journal of health psychology*, 21(3), 281-290. doi: 10.1177/1359105316628760.
- Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 840-853. doi: 10.1590/S1414-98932010000400013.

- Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173. doi: 10.1590/S1414-98932013000100013.
- Harzheim, E., Starfield, B., Rajmil, L., Álvarez-Dardet, C., & Stein, A. T. (2006). Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1649-1659. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800013
- Hori, A. A., & Nascimento, A. F. (2014). O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3561-3571. doi: 10.1590/1413-81232014198.11412013.
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016). As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 364-379. doi: 10.1590/1982-3703001372014
- Lancman, S., & Barros, J.O. (2011). Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia da Universidade de São Paulo*, 22(3), 263-269. doi: 10.11606/issn.22386149.v22i3p263-269.
- Leão, A., & Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106. doi: 10.1590/S0104-12902008000100009.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Casa Civil. Recuperado em 03 de dezembro de 2017 de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm).
- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil. Recuperado em 26 de outubro de 2017 de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Leite, D. C., Andrade, A. B., & Bosi, M. L. M. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, 23 (4), 1167-1187. doi: 10.1590/S0103-73312013000400008
- Lemke, R. A., & Silva, R. A. N. (2010). A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 281-95. Recuperado em 12 de julho de 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844631018>.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2016). Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 37-45. doi: 10.1590/1984-0292/1034.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. 2nd ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde.

- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007.
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 23 de novembro de 2017 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).
- Ministério da Saúde. (2008). *Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Recuperado em 01 de novembro de 2017 de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>.
- Ministério da Saúde. (2009). *Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. (Cadernos de Atenção Básica, n 27) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. Recuperado em 05 de dezembro de 2017 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf).
- Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 05 de novembro de 2017 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf).
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado 12 de junho de 2017 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
- Ministério da Saúde. (2012a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de novembro de 2017 de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2012b). *Portaria n° 3.124, de 28 de dezembro de 2012*. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. Recuperado em 03 de outubro de 2017 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html).
- Ministério da Saúde. (2014a). *Portaria n° 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Recuperado em 03 de março de 2018 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)
- Ministério da Saúde. (2014b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Recuperado em 15 de novembro de 2017 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf).

- Ministério da Saúde. (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 02 de dezembro de 2017 de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 06 de dezembro de 2017 de: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>. Acesso em 12/11/2017.
- Morais, A. P. P., & Tanaka, O. Y. (2012). Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 21(1), p. 161-170. doi: 10.1590/S010412902012000100016.
- Moreira, D. D. J., & Castro, M. G. D. (2009). O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. *Transformações em Psicologia*, 2(2), 51-64. Recuperado em 06 de setembro de 2017 de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176106X2009000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176106X2009000200003&lng=pt&tlng=pt).
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96. Recuperado em 23 de novembro de 2017 de: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf).
- Neves, R., Dimenstein, M., Paulon, S., Nardi, H., Bravo, O., Galvão, V. A. B. M., . . . & Figueiró, R. (2012). A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2) 356-68. Recuperado em 06 de novembro de 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881011>.
- Rebello, T., Marques, A., Gureje, O., Pike, K. (2014). Innovative strategies for closing the mental health gap globally. *Current Opinion in Psychiatry*; 27(4), 308-14. doi: 10.1097/YCO.0000000000000068.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Alonso, J., Muntaner, C., & Borrell, C. (2013). Inequalities in the use of services provided by psychiatrists in Spain: a multilevel study. *Psychiatric Services*, 64(9), 901-7. doi: 10.1176/appi.ps.201100419.
- Rutsatz, S. N. B., & Câmara, S. G. (2006). O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, 23, 55-64. Recuperado em 02 de outubro de 2017 de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141303942006000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942006000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Sampaio, J., Sousa, C. S. M., Marcolino, E. C., Magalhães, F. C., Souza, F. F., Rocha, A. M. O., . . . Sobrinho, G. D. O. (2012). O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 16 (3), 317-324. doi: 10.4034/RBCS.2012.16.03.06.

- Sampaio, J.; Martiniano, C. S.; Rocha, A. M. O.; Neto, A. A. S.; Sobrinho, G. D. O.; Marcolino, E. C., . . . & Souza, F. F. (2013). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(1), 47-54. doi: 10.4034/RBCS.2013.17.01.06.
- Santos, K. L., Quintanilha, B. C., & Dalbello-Araujo, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 181-196. Recuperado em 12 de novembro de 2017 de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151636872010000100015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872010000100015&lng=pt&tlng=pt).
- Sousa, D., Oliveira, I. F., & Costa, A. L. F. (2015). Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP*, 26(3), 474-483. doi: 10.1590/0103-656420140059.
- Spink, M. J. P. (2015). Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(Suppl. 1), 115-123. doi: 10.1590/S0104-12902015S01010.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- Tavares, S. M. G. (2008). A implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção da Saúde Mental no território NASF/ESF. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, (45), 10-12. Recuperado em 03 de setembro de 2017 de: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15181812200800020004&lng=en&tlng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15181812200800020004&lng=en&tlng=pt).
- Traverso-Yépez, M. (2001). A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 6(2), 49-56. Recuperado em 06 de dezembro de 2017 de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a07>
- Zurba, M. C. (2011). Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 5-11. doi: 10.1590/S0102-71822011000400002.
- Wenceslau, L. D., & Ortega, F. (2015). Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1121-1132. doi: 10.1590/1807-57622014.1152
- WHO. (2008). *WONCA. Integrating mental health in primary care: a global perspective*. Geneva: WHO. Recuperado em 05 de outubro de 2017 de: [http://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf).

## 5. ARTIGO: A Psicologia e os Processos de Trabalho no NASF: Interfaces entre o Individual e o Coletivo

**Resumo:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) propõe-se a qualificar e aumentar a resolutividade da atenção básica, por meio da atuação multidisciplinar e apoio técnico-pedagógico. Neste estudo, objetivou-se compreender como se configuram as práticas, e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF de Porto Alegre e Região Metropolitana. Realizaram-se entrevistas semi-dirigidas com seis psicólogas. Os dados foram submetidos a Análise Temática, dando origem a três eixos: 1) Atendimento individual: produções subjetivas em saúde e seus alcances; 2) Eu, eles e nós: interfaces entre campo e núcleo; 3) O individual na perspectiva psicossocial: especificidades do psicólogo no NASF. Os resultados apontam que o atendimento individual constitui aspecto de importante discussão entre as diretrizes da política, assim como as psicólogas relacionam essa prática a sua identidade e a uma responsabilidade profissional. Percebe-se também uma aproximação da clínica às práticas psicossociais e de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** NASF, Psicologia, Clínica, Atenção Básica.

**Abstract:** The purpose of this study is to understand how are configured the practices and the work processes of the psychologists inserted in the NASF in the city of Porto Alegre and metropolitan region. The Family Health Support Center (NASF) has as main objective to qualify Primary Care and increase the resolution of care, through multidisciplinary action and technical-pedagogical support. The participants were six psychologists, aged between 29 and 45 years, working in NASFs in Porto Alegre and Metropolitan Region, invited by the snowball method, in which one professional indicates the next to participate the research. The instrument used in the data collection was a semi-directed interview. For the analysis of the material, the Thematic Analysis technique was used, giving rise to three thematic axes of analysis, which were named: 1) Individual care: subjective health productions and their scope; 2) Me, them and us: interfaces between field and core; 3) The individual in the psychosocial perspective: specifics of the psychologist in NASF. The results point out that the practice of individual care is still an important aspect of NASF policy guidelines, so that the professionals attribute to this practice the professional responsibility and belonging to the specificity of their clinical identity. At the same time, it is pointed towards an approach of the clinic to the psychosocial and health promotion practices.

**Keywords:** NASF, Psychology, Clinical, Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um programa criado a partir da Portaria nº 154 de 2008 (Brasil, 2008) que tem como objetivo consolidar uma potente estratégia de ampliação e resolubilidade da Atenção Básica (AB). Esse arranjo propicia a criação de novos saberes, trocas entre as equipes e ampliação da clínica.

Essas equipes buscam superar a lógica fragmentada no cuidado à saúde, no sentido de construir uma rede de cuidado para que se alcance a integralidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, o NASF atua como retaguarda especializada das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com a demanda de cada território, não constituindo porta de entrada aos usuários na AB (Brasil, 2008).

A prática dos profissionais é direcionada por duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica, a primeira refere-se às ações clínicas na assistência direta ao usuário e a segunda ao apoio educativo às ESF (Santos, Frauches, Rodrigues, & Fernandes, 2017). Para isso, as principais ferramentas técnicas utilizadas são: apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território (Brasil, 2009).

A equipe que compõe o NASF é multiprofissional, podendo fazer parte desse quadro, profissionais da fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, medicina, psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria, assistência social, educação física, farmácia, dentre outros, de acordo com o contexto de vulnerabilidades socioeconômicas do território (Brasil, 2008). Um dos principais marcadores teóricos para a construção dessas práticas são os conceitos de campo e núcleo que fundamentam o apoio matricial. Nesse modelo, atua-se de forma interdisciplinar, sendo o núcleo caracterizado por uma identidade de determinada área e o campo uma sobreposição imprecisa de saberes no qual uma área apoia a outra (Cunha & Campos, 2011).

Considerando a crescente demanda e magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, a Portaria nº 154 sugere a inserção de pelo menos um profissional de saúde mental na composição da equipe (Brasil, 2008). Esse cenário configura a principal entrada para a psicologia na AB, oportunizando aos usuários do SUS acesso às práticas psicológicas e ampliando o escopo de ações da profissão na saúde pública (Nepomuceno & Pontes, 2017).

No entanto, é importante destacar que essa atuação pode estar pautada em diferentes concepções de prática. Silva e Carvalhaes (2016) apontam para duas principais linhas de pensamento no campo *psi*, a primeira contempla a subjetividade como resultante de um processo de estruturação interna, predominantemente individual, ahistórico e com vínculos secundários com o campo sociocultural, considerando as interações da infância no seio familiar.

A segunda entende a subjetividade de modo processual, ligada a fatores contextuais, ambientais, socioculturais, políticos e tecnológicos, que produzem efeitos nos corpos cotidianamente.

Sendo assim, as intervenções de psicólogos no campo das políticas públicas podem sofrer ressonâncias dessas diferentes concepções de sujeito e subjetividade. Os autores apontam o deslocamento do modelo clínico tradicional, transposto da clínica individual para o contexto das políticas públicas, que parte da escuta de um usuário que sofre e que busca possibilidades de resolver aquilo que lhe causa sofrimento (Silva & Carvalhaes, 2016).

Destaca-se a necessidade do psicólogo se reconhecer enquanto agente político que pode participar de construções coletivas que gerem mudanças na comunidade em que atua, atentos a realidade em que estão inseridos. Priorizando o vínculo com a população atendida e auxiliando os usuários a legitimarem seu lugar de sujeito de direito. Os profissionais podem atuar no encontro entre diferentes atores sociais, superando a visão dicotômica de sujeito conhecedor (técnico de saúde) e objeto de intervenção (usuário/comunidade), através da articulação de saberes e no diálogo com usuários e profissionais, que leva a abertura a novas esferas práticas e teóricas (Silva & Carvalhaes, 2016). Porém, os autores destacam que esse posicionamento exige flexibilidade dos profissionais, assim como habilidades e conhecimentos, que muitas vezes não são aprendidos na formação inicial.

Nesse sentido, estudos apontam que muitos profissionais ainda reproduzem ações da clínica tradicional, centrada em queixas individuais e uma lógica de cuidado fragmentada, sem associar o manejo clínico do adoecimento ao contexto social do usuário (Barros, Gonçalves, Kaltner & Lancman, 2015; Cela & Oliveira, 2015; Leite, Andrade & Bosi, 2013). A demanda por essa modalidade de atendimento é identificada pelos trabalhadores da ESF e solicitada pelos usuários, de modo que os NASF atuam, muitas vezes, como ambulatorios especializados. Porém, apesar das solicitações de que a equipe do NASF siga essa lógica, os profissionais entendem que a proposta de trabalho demanda operacionalizar a prática a partir de outras lógicas de cuidado (Barros et al., 2015; Leite et al., 2013).

Cela e Oliveira (2015) citam como dificuldades a escassez nas diretrizes do NASF acerca das atividades de cunho psicológico, assim como a recente criação da política e a complexidade da mesma. Correia, Goulart e Furtado (2017) referem que o caráter genérico das orientações dos documentos ministeriais e algumas discrepâncias entre a Portaria nº 154 (Brasil, 2008) e os Cadernos de Atenção Básica nº 27 (Brasil, 2009) possibilitam a constituição de diferentes práticas, gerando particularidades até mesmo entre diferentes NASF de um mesmo município. Em 2017, foi aprovada a Portaria nº 2.436 que regulamenta a atual Política Nacional

de Atenção Básica (AB), e altera a nomenclatura do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e AB (Nasf-AB). Nesse formato, as ações dos profissionais incluem suporte clínico, sanitário e pedagógico, assim como a prestação de serviços diretos à população (Brasil, 2017), diferente das diretrizes publicadas anteriormente.

Para além da atuação na saúde mental, o alcance dos psicólogos inseridos no NASF deve ser ampliado, no sentido de distanciar-se cada vez mais da dimensão curativista e psicopatologizante do sujeito, aproximando-se da psicologia social e comunitária (Nepomuceno, 2009). Porém, as ações da psicologia nesse contexto ainda são, por vezes, incipientes, de forma que muitos profissionais se sentem despreparados para atuar nesse campo, reproduzindo o modelo biomédico com foco em atendimentos individuais nos moldes ambulatoriais (Cela & Oliveira, 2015; Leite et al., 2013; Santos & Mandelbaum, 2016). Outro aspecto que reforça a reprodução dessa lógica individualizada e fragmentada, diz respeito à carência de recursos estruturais e excesso de demanda (Klein & d'Oliveira, 2017).

Nessa direção, estudos apontam algumas dificuldades encontradas pelos psicólogos como a percepção de não darem conta da demanda dos usuários e das equipes, por possuírem uma formação em saúde distante do que o NASF preconiza e, ainda, o sentimento de instabilidade e insegurança constantes em relação às futuras diretrizes de sua prática (Santos & Mandelbaum, 2016; Correia et al., 2017; Leite et al., 2013). Por outro lado, com a **ampliação** da entrada de profissionais na saúde pública nos últimos anos, percebe-se uma aproximação da profissão à concepção da clínica ampliada, saúde coletiva, intersetorialidade e autonomia dos usuários (Silva & Mânica, 2017).

A complexidade da integração de equipes especializadas na AB corrobora os desafios que o psicólogo enfrenta na sua atuação. Dentre eles, associar a atuação clínica, que configura especificidade da psicologia, com a perspectiva da clínica ampliada e aos determinantes sociais em saúde, com o objetivo de estruturar o cuidado especializado no SUS e aproximar as discussões da clínica à saúde coletiva (Tesser & Neto, 2017). Diante desse contexto de inserção da psicologia no NASF e na AB, percebe-se uma necessidade de reformulações das práticas no encontro com os usuários e equipes, afirmando o compromisso social e produzindo novos sentidos para o trabalho (Freire & Pichelli, 2010; Silva & Mânica, 2017).

Estudos realizados no contexto do NASF vêm identificando atividades realizadas por psicólogos, dentre elas: atividades de cunho assistencial-formativo, de caráter técnico-burocrático, ações intersetoriais, atendimentos individuais e visitas domiciliares. Porém, a maioria dos artigos não descrevem claramente as atividades e as especificidades do fazer desses profissionais. Além disso, a indefinição do objeto de trabalho, a transição dos psicólogos entre

atenção e gestão e, também, a sobreposição de funções, ainda são citadas como dificuldades enfrentadas pelos profissionais (Freire & Pichelli, 2010; Iglesias & Avellar, 2016). Nesse sentido, tendo em vista a complexa rede de atuação e sentidos que o psicólogo se depara no NASF, o presente estudo tem como objetivo compreender como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASFs de Porto Alegre e Região Metropolitana.

## MÉTODOS

A pesquisa consiste em um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Os pressupostos epistemológicos e teóricos utilizados compreendem a pesquisa como sentidos que se complementam, ou seja, a experiência, vivência, senso comum e ação que envolve o processo de investigação qualitativa. Seus fundamentos englobam a compreensão do fenômeno, a interpretação e a ação de dialetizar. Assim, a experiência, que se traduz em linguagem, produz reflexão e interpretação, em um movimento de narrativas permeado pela cultura, na qual o pesquisador busca a compreensão da ação humana e social nesse contexto (Minayo, 2012).

A cidade de Porto Alegre, segundo os dados do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (2017), conta com oito NASF, localizados em cinco das oito gerências distritais de saúde do município, que apoiam uma média de oito ESF. Destas equipes, sete contam com psicólogos, sendo um total de nove psicólogos vinculados às equipes NASF. No entanto, ao realizar os contatos no campo por meio do método *Snowball*, no qual um profissional indica o próximo a participar da pesquisa (Biernacki & Waldorf, 1981), nos deparamos com um desmonte dos NASF na cidade, sendo informadas de que apenas uma psicóloga ainda exercia a atividade como tal em determinada ESF. Obtivemos a informação de que os demais psicólogos em outros NASF haviam sido remanejados para outros cargos na rede, e que os NASF não mais funcionavam com essa denominação.

Na Região Metropolitana, apenas duas cidades do total de quatro, constavam como cadastradas nos dados do Departamento de Atenção Básica (2018), sendo que cada uma possuía um NASF tipo 1 implantado. Por motivo de sigilo não foram identificadas as cidades, tendo em vista que atualmente existe apenas um NASF em cada cidade.

O critério de inclusão das participantes, contatas a partir do método *snowball*, foi que atuassem por, pelo menos, seis meses no NASF. Após apresentar a pesquisa e convidar para colaboração com o estudo, aceitaram participar seis psicólogas, com idades entre 29 e 45 anos, atuantes em NASFs de Porto Alegre e quatro cidades da Região Metropolitana. Quatro

profissionais são servidoras públicas municipais e duas possuem vínculo empregatício com empresas terceirizadas em saúde. Dentre as participantes, uma compõe a equipe NASF desde 2011, duas ingressaram em 2014 e as demais em 2015. O tempo médio de graduação das profissionais foi de 11 anos, o que aponta para psicólogas que cursaram currículos mais antigos na graduação, realidade que se modificou nos últimos anos entre o cenário dos cursos na área.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista semi-dirigida com duração média de 30 minutos, que foram gravadas em áudio e transcritas. As entrevistas não estavam vinculadas aos locais de trabalho das participantes, de forma que cada profissional indicou o local e horário para a sua realização de acordo com agendamento prévio. Foi priorizado que o local disponível fosse silencioso e reservado, visando garantir a qualidade da entrevista e sigilo das informações. O roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras e norteado por perguntas relativas às práticas e aportes teóricos utilizados pelas profissionais no contexto do NASF. A identidade das participantes foi preservada e as falas foram identificadas como P1, P2 e assim por diante.

Quanto à análise do material, utilizou-se a técnica de Análise Temática, de acordo com Braun e Clarke (2006), a qual se organiza em etapas. Primeiramente realizou-se a familiarização de dados, através da transcrição e leitura das entrevistas. Posteriormente, as pesquisadoras partiram para a etapa da codificação inicial dos temas, referentes aos padrões recorrentes nas entrevistas, realizada separadamente pelas pesquisadoras. As etapas seguintes foram realizadas em conjunto e consistiram em: escolher e definir os temas principais, os quais foram analisados e codificados de forma a estabelecer relação entre os mesmos; releitura e revisão dos temas; e definição e nomeação das categorias temáticas. Por fim foi efetuada a redação analítica, relacionando os temas aos extratos de falas mais significativos (Braun & Clarke, 2006).

A pesquisa foi aprovada pelos Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Parecer nº 1.964.869) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 2.104.795). Foram seguidas as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais de acordo com a Resolução nº 510 (Brasil, 2016) e todas as participantes formalizaram o aceite através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com a análise proposta, os temas mais frequentes e relevantes sobre as práticas e processos de trabalho das psicólogas no NASF deram origem a três eixos temáticos de análise, que foram nomeados: 1) Atendimento individual: produções subjetivas em saúde e

seus alcances; 2) Eu, eles e nós: interfaces entre campo e núcleo; 3) O individual na perspectiva psicossocial: especificidades do psicólogo no NASF.

### **Atendimento individual: produções subjetivas em saúde e seus alcances**

Essa categoria busca problematizar os aspectos referentes aos atendimentos individuais e a desconstrução acerca do modelo assistencial tradicional que se organiza prioritariamente em agendas profissionais e atendimentos individuais. O NASF busca construir um modelo de apoio especializado às equipes de maneira coletiva, no qual os atendimentos individuais também farão parte da atuação, mas de acordo com a especificidade de cada usuário e contexto. Também busca-se problematizar o que é preconizado que o psicólogo realize, o que é esperado pelos usuários e profissionais de outras áreas e quais são as possibilidades de construção do cuidado nesse contexto, conectadas às políticas, mas também à realidade das práticas em saúde.

Atualmente, identifica-se uma ampla discussão acerca da modalidade atendimento individual no NASF. Segundo as diretrizes da política, as principais modalidades de atendimentos são: atendimento compartilhado (domiciliar ou individual), podendo ser realizado por um ou mais profissionais do NASF e, no mínimo, um membro da equipe ESF; intervenções específicas do NASF com os usuários ou com as próprias equipes; e ações no território articuladas com a rede de cuidado (Brasil, 2009). Os profissionais do NASF atuam em duas dimensões de trabalho, uma assistencial e outra técnico-pedagógica, nesse sentido, a atividade principal do NASF baseia-se na lógica do apoio matricial que objetiva oferecer retaguarda aos profissionais da ESF e instrumentalizá-los para o cuidado aos usuários, no fazer conjunto (Brasil, 2014b).

Para além do apoio, outro aspecto teórico que fundamenta a atuação dos profissionais do NASF é a clínica ampliada, que opera conceitos como a clínica para além da psicoterapia, um fazer que inclui um posicionamento crítico diante do cuidado ao usuário, o rompimento de uma lógica curativista e individualizada e uma compreensão ampliada de saúde-doença (Perrella, 2017). No entanto, o que é relatado pelas profissionais entrevistadas é uma demanda da gestão, dos profissionais e dos usuários se configura prioritariamente pelos atendimentos individuais nos moldes tradicionais, como é pontuado nas falas:

*“Atualmente está se fazendo toda uma discussão com essa gestão em relação ao próprio processo de trabalho, e a gestão trazendo muito uma lógica de o processo de trabalho estar vinculado prioritariamente ao atendimento, [...] eles queriam colocar de 60 a 90%*

*da nossa carga horária de atendimento individual, e a gente dizendo ‘olha, a gente até concorda com 60% em atendimento’, mas a modalidade desse atendimento, bom, não é a gestão que vai definir, são as necessidades daquela equipe, daquele sujeito.” (P4)*

*“A gente vai cedendo ao modo como eles conseguem demandar, que é a solicitação da avaliação individual e do atendimento individual. Isso é a lógica de pensamento da população, que requer atendimento individual e fica falando mal dos processos coletivos, mas é a mesma lógica dos colegas de trabalho.” (P6)*

Identifica-se que a gestão está inclinada ao atendimento individual como uma possível estratégia para suprir a demanda e a falta de recurso, numa tentativa de resgate ao modelo tradicional de assistência. Dessa forma, há um entendimento do profissional do NASF como trabalhador especializado na AB e dissociado da lógica do apoio matricial, de acordo com a fala a seguir:

*“Está muito claro que em relação à NASF, está tendo uma disputa entre uma lógica de modelo de apoio matricial e uma lógica de atendimento especializado tradicional. Porque o NASF, mesmo sendo apoio, ele é especializado [...] Mas é diferente de um modelo especializado tradicional, onde esses profissionais não são da atenção básica, e aí sim se justifica um funcionamento que até então existia, uma lógica bem dissociada.” (P4)*

*“É impossível ter perna para acompanhar todo mundo individual e nem é essa a lógica da política.” (P6)*

Nesse sentido, a proposta da política e modelo do NASF é modificada pela realidade da prática e de atuações da gestão, assim como pelos profissionais e usuários envolvidos no cotidiano do trabalho. Dessa forma, o atendimento individual aparece com diferentes objetivos, de acordo com as necessidades de cada contexto. Algumas possibilidades de interação individual com o usuário englobam diferentes manejos clínicos como o acolhimento inicial, triagem, psicoterapia, referência para a rede, dentre outros (Santos & Mandelbaum, 2016).

Klein e d’Oliveira (2017) apontam que alguns psicólogos não entendem a assistência direta aos usuários como papel do NASF, outros defendem a necessidade de ofertar cuidado específico a eles, tendo assim, visões contrárias dentro de uma mesma equipe. Algumas falas apontam para a percepção das profissionais acerca do objetivo do atendimento individual e quando ele se faz necessário:

*“Eu acabo acolhendo, as vezes eu chego a atender treze pessoas por dia sabe, eu não posso deixar eles, quer dizer eu fico clinicando, e não é o papel do NASF, né, eu acabo*

*tendo que abrir agendas pra atendimento...Eu vou lá e vou fazer, então assim ó, se lançar uma agenda, eu vou atender.” (P3)*

*“Se discute no matriciamento a necessidade de receber um atendimento individual. Na verdade, o atendimento individual seria mais fazer uma avaliação, de identificação da demanda, dos recursos da pessoa. Se tenta que o acompanhamento dos usuários seja através dos grupos.” (P5)*

*“A gente vai fazer esse atendimento individual se a gente puder coletivizar essa avaliação, e, pelo menos, pactuar um plano terapêutico nos casos mais complicados, entre os agentes, médicos, enfermeiros.” (P1)*

As entrevistadas compreendem a partir de diferentes perspectivas o atendimento individual, denotando que a prática clínica pode ser tanto pautada pelos atendimentos individuais, quanto na prática conjunta com a equipe e a coletivização das ações e tomada de decisões. O matriciamento, segundo Klein e d’Oliveira (2017), pode configurar um espaço no qual o NASF objetiva que a equipe ESF se corresponsabilize pelo cuidado e quando identificada a demanda desse atendimento, que seja articulada e não apenas realizada de forma fragmentada e para “suprimento da demanda”.

A modalidade de atendimento individual é apontada como uma das atividades mais prevalentes dentre as práticas dos psicólogos no NASF (Sousa, Oliveira & Costa 2015; Macedo & Dimenstein, 2016). A sustentação dessa prática envolve um lugar “seguro” de atuação, o esfacelamento da rede secundária e dos profissionais especializados e a exigência e tensionamento da gestão (Oliveira et al., 2017). Ainda, além dos aspectos apontados, as psicólogas entrevistadas possuem o entendimento de que o atendimento individual se refere a um aspecto ético da profissão, da clínica como escuta do sofrimento, e ao fato do usuário necessitar da escuta em algum espaço da rede:

*“Tem profissionais que não querem atender saúde mental, que muitas vezes já não estão conseguindo mais escutar, já estão numa condição muito precária no trabalho. Então eu faço sim, por uma questão ética até, de responsabilidade clínica, eu atendo algumas pessoas, e são pessoas que estão transferenciadas comigo.” (P1)*

*“Faço essa escuta e depois dou um encaminhamento para a equipe, mas é muito difícil descolar dessa questão, dessa lógica. Os próprios usuários falam: ‘a gente precisa de alguém especializado pra nos escutar’.” (P3)*

Diante das falas das entrevistadas, observa-se que os atendimentos individuais fazem parte da agenda diária das profissionais e, dependendo da equipe, a demanda dos atendimentos é estruturada e avaliada conjuntamente.

É importante citar que, na direção do que foi exposto pelo estudo em questão, se percebe uma inclinação importante da gestão, usuários e trabalhadores acerca da assistência direta à população. Nesse sentido, e recente aprovação da Portaria nº 2.436, conforme citado anteriormente, revisa essas diretrizes e aponta algumas mudanças que vão nessa direção. O NASF passa a ser nomeado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e AB (Nasf-AB) e as suas atribuições incluem suporte clínico, sanitário e pedagógico, assim como a prestação de serviços diretos à população (Brasil, 2017).

O Nasf-AB segue não constituindo serviço com unidade física independente ou especial, não configurando livre acesso para atendimento individual ou coletivo, sendo regulado pelas equipes das ESF. Dentre as revisões apontadas, uma das competências do Nasf-AB é contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (Brasil, 2017).

Diante do exposto acima, evidencia-se que a assistência direta à população, com ênfase nos aspectos clínicos é resultado da realidade do que já vem ocorrendo nas práticas dos profissionais do NASF. Esses encontram dificuldades para a prática do apoio matricial e, juntamente à escassez de recursos na rede, acabam realizando atendimentos individuais e absorvendo demandas em formato ambulatorial.

Além disso, uma análise crítica desse cenário é necessária à medida que existe uma demanda em saúde mental que não é suprida. Por mais que os psicólogos tenham o entendimento acerca das limitações de se reproduzir uma lógica ambulatorial, o atendimento clínico no formato individual ocorre em diversos contextos da prática. Assim, entende-se que existe uma demanda dos usuários e da gestão atual, ademais das diretrizes da política, que foram pensadas e articuladas em outro cenário político. No contexto atual, como exposto anteriormente, a política foi reformulada e as práticas reais do cotidiano dos profissionais já expõem as diferenças entre o idealizado pela política e o que de fato é possível.

### **Eu, eles e nós: interfaces entre campo e núcleo**

O presente eixo temático problematiza o conceito de campo e núcleo, no sentido da circulação de saberes entre a equipe multiprofissional e as especificidades das profissões. Assim como a interface e os processos de trabalho entre a equipe do NASF e os profissionais da ESF e o campo relacional do trabalho.

Na tentativa de não fragmentar a prática multidisciplinar das equipes da saúde, mas também não as fundir em um todo comum, Campos, Chakour e Santos (1997) redefinem os conceitos de campo e núcleo, objetivando uma conformação desses e a organização de suas práticas. Assim, o núcleo refere-se a uma aglutinação de saberes e um determinado padrão, envolvendo uma identidade profissional (Campos, 2000). Já o campo, um lugar impreciso de cada área que busca apoio em outras para cumprir suas ações práticas e teóricas. Entende-se que não existe fragmentação entre núcleo e campo, pelo contrário, não se identificam limites precisos entre eles, de forma que se modificam e interinfluenciam (Campos, 2000).

Esses conceitos fundamentam a prática do apoio matricial, preconizada pela política do NASF, na qual os profissionais devem atuar de forma interdisciplinar e buscar assegurar retaguarda especializada aos profissionais da ESF (Cunha & Campos, 2011). Nesse sentido, a fala a seguir nos remete ao conceito de núcleo e à atuação conjunta entre os profissionais:

*“Dependendo da formação, e na minha formação o desenvolvimento infantil foi muito precário, eles têm muito mais isso, desenvolvimento orgânico assim, motor, questão da audição, da fala. Então, para a avaliação de problemas de aprendizagem e transtorno de espectro autista do desenvolvimento, transtorno do desenvolvimento de uma forma geral, eu não faço sem a fonoaudiologia, nunca mais, entendeu?” (P6)*

Nessa lógica, o conceito de núcleo engloba a prática de um especialista apoiando especialistas de outros núcleos de formação, objetivando a ampliação da resolutividade e eficácia da atuação (Cunha & Campos, 2011). Também, em algumas falas, percebe-se o núcleo como identidade da profissão, em que se atribui atividades que compreendem como de sua responsabilidade ética e seu campo de saber:

*“Vem muitos casos pedindo uma avaliação psicológica que eu coloco que não é uma atribuição de eu fazer uma avaliação psicológica. Claro que eu não posso me negar a fazer um acolhimento que venha de uma situação, mas que tem que encaminhar para os serviços especializados [...] quando dizem: ah, porque eu acho que é uma situação de abuso. Então, claro, tem coisas específicas da minha formação, do meu estudo, que acaba sendo específico no meu núcleo.” (P5)*

Ainda, o conteúdo das falas aponta para a formação do profissional e suas habilidades específicas, dependendo da sua área de conhecimento. Há uma valorização do núcleo de cada área, mas os profissionais entendem que certas atividades competem a todos eles, apontando para a educação permanente como uma ação potente para a troca dos saberes e a capacitação dos demais. A educação permanente em saúde é reconhecida como a aprendizagem no trabalho e para o trabalho, entendendo o ensino e aprendizagem como elementos indissociáveis que se

consolidam no cotidiano dos serviços através da interação entre profissionais. Nesse sentido, o apoio matricial é uma importante ferramenta de trabalho e um mecanismo potencial para a educação permanente (Bispo & Moreira, 2017). Através dela, é possível trabalhar as resistências dos profissionais frente a complexidade do trabalho interdisciplinar, que envolve uma desconstrução do fazer, conforme identificado:

*“Essa é uma das grandes dificuldades, as pessoas não sabem trabalhar com grupo, não sabem porque não tem formação para trabalhar com grupo, uma das coisas que a gente começou foi investir mais em processos de educação permanente com as equipes.” (P6)*

*“Uma dificuldade muito grande é o desejo das pessoas fazerem esse trabalho, porque é um trabalho que exige muito, exige uma desconstrução do nosso fazer, e isso ninguém aprendeu.” (P4)*

Assim, através do compartilhamento de conhecimentos e da construção conjunta de possibilidades de intervenção, articuladas através do apoio matricial mútuo entre NASF e ESF, conforme apontam Bispo e Moreira (2017), é possível superar essas dificuldades. Segundo os autores citados, a educação permanente é uma via de mão dupla, em que o NASF aprende com a ESF sobre as especificidades do território e as demandas das comunidades, enquanto, na outra direção, sensibilizam e capacitam os profissionais para maior abrangência e escopo das ações, produzindo maior autonomia para essas equipes. Porém, os pesquisadores identificaram que a mudança dessa lógica de trabalho não ocorre automaticamente, demandando tempo e comprometimento dos profissionais, percebendo que uma das fragilidades era a formação dos próprios profissionais do NASF. Estes muitas vezes desconheciam ou não receberam formação sobre o apoio matricial e não possuíam as competências e habilidades necessárias para o desenvolvimento do trabalho em equipe, do vínculo e do acolhimento (Bispo & Moreira, 2017).

Diante da possibilidade de construção conjunta das intervenções, percebe-se que núcleo e campo se interpõem e se aglutinam em diversos contextos das práticas em saúde, no qual o campo pode representar uma conceituação situacional e um conjunto eventual de conhecimentos e tarefas que os profissionais podem se apropriar para fomentar maior eficácia à sua prática (Cunha & Campos, 2011). Nesse sentido, algumas falas caracterizam esse limiar existente e exemplificam o que é específico da sua atuação e o conhecimento que circula quando as disciplinas se somam:

*“Então hoje isso já é campo entendeu? Quem vai avaliar se é suco ou água, pelo espessamento, vai ser a nutri com a fono, mas a orientação de risco, isso eu sei fazer.”*

*E tem muito claro que não ultrapassa o núcleo, isso eu não vou fazer [...]. Mas saber que isso é uma questão e orientações genéricas sim.” (P6)*

*“[...] por exemplo, a nutricionista que trabalha comigo fez o mestrado em psiquiatria, eu vejo que ela tem um conhecimento de saúde mental, um manejo que é diferencial. Mas claro, tem algumas especificidades, que eu não vou poder calcular uma dieta do paciente acamado, tem coisas da psicologia que ela também não tem a base teórica para saber, as estratégias do plano terapêutico para depressão ou que que é melhor em cada tratamento. Acho que se soma, o educador físico faz uma técnica de respiração, uma nutricionista com esse entendimento de saúde mental muitas vezes sabe lidar com situações de crise, mas claro, em algumas coisas específicas, por exemplo, vem muito caso de abuso. Então, acho que esse é um exemplo específico que eu, como psicóloga, faço uma intervenção que não seria um educador físico ou uma nutricionista.” (P5)*

Nessa direção, percebe-se como ocorre a troca entre núcleo e campo, no momento em que a psicóloga denomina o que compreende como de sua responsabilidade e o que ela é capaz de orientar e compreender como risco, mas não condizente com uma atuação mais específica que, no caso exposto, compete a outro profissional. Dessa forma, fica claro observar que na prática o profissional é capaz de transitar pelo campo e identificar suas competências e possibilidades de atuação diante da identidade profissional do outro.

Algumas atividades são citadas como pertencentes ao campo no sentido de englobar as profissões e a prática interdisciplinar, assim como o desafio de somar os saberes e compor uma atuação do campo, um eixo da prática comum aos profissionais:

*“Eu acho que quando a gente faz visita domiciliar, atendimento ali, acolhida junto, eu vejo que é mais de campo, porque querendo ou não, como eu estou sempre junto com alguém, porque acaba que o meu olhar é mais centrado na questão da saúde mental né, mas aí sempre vai ter um outro profissional que vai se ligar em outra coisa.” (P2)*

*“Comum, eu acho que os grupos terapêuticos, seria né, as discussões de caso, as visitas domiciliares, por exemplo, a gente faz em conjunto.” (P3)*

*“[...] a gente tem vários profissionais, e de diferentes formações, e tem formações que se para nós da psicologia tem alguma proximidade com esses temas, tem formações que não tem nenhuma. E daí também é essa composição de um campo do que seria o apoio, é talvez o maior desafio do NASF, que as pessoas vêm com a sua atribuição do núcleo muito bem definidas, mas o que é que se faz no NASF, não é levar o meu núcleo só, mas construir isso tudo né, esse eixo.” (P4)*

Na primeira fala é importante apontar para uma concepção ainda restrita de atuação do psicólogo centrada na saúde mental, porém as diretrizes do NASF e AB destacam também a necessidade de desenvolver práticas voltadas para a promoção de saúde dos usuários (Brasil, 2010). Nesse sentido, o psicólogo deve estar comprometido com a realidade do usuário, facilitando práticas coletivas que capacitem os sujeitos em direção à autonomia, protagonismo e empoderamento diante de suas realidades (Moreira & Castro, 2009; Macedo & Dimenstein, 2016). As falas referem as atividades partilhadas pelos profissionais, em que existe uma compreensão de campo e eixo comum a todos, nessa lógica a promoção de saúde também engloba práticas que, para além da área de saúde mental, possibilitam ao psicólogo transitar por diferentes ações além do seu núcleo.

A maioria das profissionais possuem uma compreensão e apropriação teórica sobre os conceitos campo e núcleo, ao mesmo tempo que apontam para um entendimento amplo do tema, que busca não fragmentar os saberes e dar conta de um paradoxo que é a prática do NASF centrada no apoio e voltada para o trabalho em equipe e a troca entre os saberes:

*“Eu particularmente, pela minha concepção e minha experiência é claro que existe um núcleo, as pessoas têm uma formação inicial, mas o que vai fazer a diferença, acho que muito mais, ou tanto quanto, que o núcleo que essa pessoa pertence, é a experiência que essa pessoa tem. Então, o que a gente vê na prática é que é isso que vai fazer toda a diferença, [...] que vai desenhar o trabalho e a possibilidade de trabalho.” (P4)*

*“A gente trabalha numa perspectiva diferente né, mais ampliada, uma perspectiva psicossocial [...]. É um entendimento que, na verdade, a saúde mental está em todo o cuidado e não só nas questões também de doença, mas todo o processo de produção de saúde.” (P4)*

A busca por identificar as funções de cada área profissional no NASF evidencia limitações e produz um paradoxo, afinal, são buscadas respostas no espaço ‘intra-área’, quando a política e suas diretrizes se baseiam no oposto, ou seja, na troca interdisciplinar, que prevê colaboração entre os saberes e atuações profissionais (Correia et al., 2017). As falas discorrem no sentido de fronteiras pouco visíveis entre campo e núcleo, a integralidade do cuidado e a circulação do saber constante, de forma que o cuidado é construído por todos da equipe multiprofissional:

*“Então a gente entende que fica muito limitado, por patologia, o que é do núcleo de um, o que é do núcleo de outro, o que só o psicólogo pode fazer, ou só o psiquiatra. Tirando a questão da prescrição, a gente entende que na saúde mental a gente tem uma*

*produção de campo muito forte [...] até pela construção histórica da política, e da própria atenção psicossocial, a gente trabalha mais numa perspectiva de campo mesmo, do que de núcleo.” (P4)*

*“E a gente entende que isso é um exercício de educação permanente muito potente, porque a gente aprende, eles aprendem, essa circulação dos saberes e essa coisa do campo mesmo, porque é o campo da atenção básica, e os campos que se produzem na atenção básica. Então de acordo com as necessidades que estão sendo trazidas ali, a gente discute uma demanda que possa ter chegado por uma questão de uma doença crônica com todo mundo, ou uma questão de saúde mental [...] com todo mundo.” (P4)*

Nesse sentido, os profissionais do NASF utilizam-se da denominada tecnologia leve que engloba a abordagem assistencial do trabalhador de saúde junto ao usuário, no que diz respeito às relações e ao encontro de duas pessoas nesse processo (Franco & Merhy, 2013). Nessa produção de expectativas e vínculos entre profissional de saúde e usuário criam-se momentos de intersubjetividade nos quais existe a acolhida, a cumplicidade e uma responsabilização em torno do problema que o usuário traz ao profissional de saúde (Franco & Merhy, 2013).

Assim, independente do núcleo, todos os trabalhadores de saúde unem-se em torno de uma prática comum: a clínica, sendo esse o campo principal em que operam os profissionais. Ela envolve não apenas o saber específico, o diagnóstico e a cura da disfunção biológica, mas, para além disso, é um processo de produção de relações que se dão de modo partilhado por meio de cumplicidades e responsabilizações com o cuidado (Franco & Merhy, 2013; Silva & Carvalhaes, 2016). Para os autores, a atuação do profissional de saúde envolve os saberes específicos do núcleo e sua identidade profissional aliados a um território marcado pela dimensão clínica do cuidado que vai além de qualquer ação específica.

Bispo e Moreira (2017) destacam que o reordenamento dos processos de trabalho em saúde exige essa articulação entre diferentes profissões e saberes, considerando a formação dos trabalhadores um importante fator para que esse trabalho aconteça de forma articulada, assim como embasado em evidências e com compromisso social com a saúde dos indivíduos e comunidades. Porém, os autores apontam que este é um ponto crítico dos sistemas de saúde, pois as formações no Brasil ainda são muito estruturadas com base no modelo disciplinar de ensino e tem como principal fonte de conhecimento as ciências biológicas.

Com frequência encontram-se profissionais com bom treino em relação às competências técnicas, mas com pouco comprometimento em relação às transformações sociais necessárias para uma atuação preventiva e com as políticas públicas de forma geral (Bispo & Moreira,

2017). De acordo com os autores, as principais fragilidades da formação estão relacionadas ao precário trabalho em equipe, ao foco excessivo nas capacidades técnicas, na pouca compreensão dos contextos locais e na incompatibilidade no preparo para lidar com as necessidades dos usuários e populações. Assim, os profissionais enfrentam o dilema “eu, eles e nós”, no sentido de manterem seus núcleos e identidades profissionais, ao mesmo tempo que devem transitar por entre os campos na tentativa de construir um cuidado e corresponsabilização com o usuário que abarque essas dimensões.

### **O individual na perspectiva psicossocial: especificidades do psicólogo no NASF**

O eixo temático em questão discute os aspectos referentes à prática do psicólogo inserido na equipe do NASF, abordagens teóricas e especificidades da profissão. A psicologia, assim como as outras profissões que compõem a equipe NASF se depara com o dilema do “especialismo” *versus* “apoiador” na prática com os usuários e no contexto do trabalho com as equipes na AB (Sousa et al., 2015). É esperado do psicólogo uma escuta clínica, que abarca técnicas e formatos de atendimentos tradicionais. Ao mesmo tempo, o profissional se depara com uma urgência de processos e práticas que deem conta do coletivo e da promoção de saúde.

Não se trata de uma dicotomia, individual *versus* social ou clínica *versus* grupo, mas sim a produção de uma prática na saúde pública que englobe os processos de subjetivação, autonomia, corresponsabilidade e transversalidade (Perrella, 2017). Nesse contexto, o psicólogo tem o desafio de acolher as singularidades de cada usuário, assim como utilizar-se de práticas ampliadas, com viés psicossocial e coletivo, de maneira a não fragmentar o cuidado e, ainda assim, validar suas especificidades (Sousa et al., 2015).

No contexto da AB se revelam dimensões sociais do sofrimento humano, de forma que o psicólogo necessita realizar uma leitura social dos problemas de saúde, para que seja possível um cuidado integral e territorial (Nepomuceno & Pontes, 2017). As profissionais entrevistadas trazem em suas falas conteúdos acerca de uma visão psicossocial na área da saúde, embasando suas práticas em um entendimento amplo do conceito saúde-doença pautado nos determinantes sociais de saúde, como se pode observar nos trechos abaixo:

*“No caderno de saúde mental coloca muito que tu tem que entender o usuário no contexto, que aquela doença não é um sintoma, é reflexo de uma questão sócio-histórica. E é isso que eu entendo, não vejo aquela depressão da paciente, que tem que dar uma fluoxetina para melhorar, essa depressão é estrutural porque tem condições*

*de vida. Por isso que a gente precisa do CRAS, CREAS para poder ajudar a transformar a realidade do usuário.” (P5)*

*“A política em si tem o objetivo do sujeito saudável. Obviamente que a gente pode fazer ponderações sobre esse sujeito que a política deseja, o próprio sujeito que o governo deseja: o sujeito que trabalhe, que é saudável [...]. A reabilitação toda é pelo trabalho, ninguém pensa em reabilitação pelo ócio. A política pensa a reabilitação pelo trabalho, no máximo pelas artes, mas uma arte que também é capitalística, mas entendendo que tem aí uma compreensão de modos de viver em sociedade, a coisa da individualidade, da responsabilidade do sujeito sobre si, enfim. Então a gente coloca isso no campo, tem que fazer sentido pro campo, no coletivo.” (P6)*

As entrevistas denotam um conhecimento político e social por parte das profissionais no contexto da saúde pública. Nessa direção também corroboram para a criação de um novo saber e prática que leva em conta as necessidades sociais do público atendido, entendendo como sujeitos de sua história e agentes de transformação de seu contexto social e seu modo de vida, considerando a interferência de marcadores sociais de raça, gênero, classe, que interferem nos processos de produção subjetiva e social. Assim, compreende-se que sua estruturação se dá além da dimensão individual e intrasubjetiva, também, por meio de relações interpessoais e coletivas (Silva & Carvalhaes, 2016).

Algumas especificidades da psicologia são apontadas pelas entrevistadas dentre as suas práticas no NASF. A compreensão do lugar da escuta e da clínica no âmago do fazer do psicólogo é apontado como uma característica central da profissão ao mesmo tempo em que aparece como uma tentativa de desconstrução da doença e o olhar para o sujeito além do sintoma. São apontadas práticas da avaliação psicológica com foco nos transtornos mentais, psicopatologia, risco de suicídio e saúde mental:

*“Eu acho que o que mais a gente pode contribuir é na concepção do sujeito, sabe? Que isso as outras profissões têm mais dificuldade, eu vejo que geralmente as pessoas centram muito na questão da doença [...] E a gente vem pra tentar desconstruir isso.” (P2)*

*“[...] pergunte ao psicólogo o que ele faz e tu acabou com a psicologia né (risos). [...] difícil de definir, mas não é difícil de acontecer na prática, tá não é, é isso, criança que vem de avaliação do comportamento, ninguém vai descartar ou fazer o encaminhamento sem pedir a nossa avaliação. Ah, transtorno de comportamento,*

*mesmo adulto, quadro de depressão, tentativa de suicídio, comportamento agressivo, dificuldade de relacionamento...” (P6)*

*“A gente sabe que todo mundo trabalhando na atenção básica deveria estar capacitado para fazer um manejo numa situação de ideação suicida e avaliar se tem risco ou não, se o paciente precisa ser encaminhado para o CAPS ou não. Mas ainda gera muita mobilização da equipe e acabam meio que: é a psicologia ou a psiquiatria.” (P5)*

Também é abordado pelas profissionais os aspectos referentes à saúde mental que são absorvidos pela AB, no sentido de diminuir a demanda para a especializada (CAPS) e territorializar o cuidado:

*“[...] levantamentos que nós fazemos é que a gente consegue atender o que tá meio que indicado assim, na literatura, que em torno de 80% das situações ficariam na atenção básica. E a gente tem esse dado, nas equipes que a gente apoia. Então a gente tem indicadores que nos mostram, em relação à saúde mental, além da ampliação de acesso, tem a questão também de diminuição de busca por emergência, de internações, que a gente tem essa possibilidade à medida que apoia as equipes.” (P4)*

Ainda dentre as atividades realizadas pelos psicólogos, encontram-se os atendimentos individuais, visitas domiciliares, práticas socioeducativas, ações de promoção da saúde, grupos terapêuticos e limitações quanto à prática do matriciamento (Azevedo & Kind, 2013; Oliveira et al., 2017). Ao mesmo tempo que o profissional da psicologia ainda é relacionado a práticas tradicionais e da dimensão clínico-assistencial, identifica-se a utilização de uma atuação pautada na clínica ampliada e tecnologias do cuidado que se fundamentem nas políticas públicas (Leite et al., 2013; Santos & Mandelbaum, 2016). No contexto da AB, uma característica que o psicólogo deve lançar mão é o aspecto generalista, que deve compor uma matriz de identidade profissional que, de certa forma, limita o especialismo e demarca a necessidade de articulação intraprofissional (Nepomuceno & Pontes, 2017).

As práticas e ações dos psicólogos estão fundamentadas por uma formação que traduz o cenário atual de interlocução entre práticas tradicionais, a clínica assistencial e o contexto social, voltadas para a saúde pública e a complexidade dessa área de atuação (Silva & Mânica, 2017). As profissionais citam diferentes abordagens teóricas para fundamentar suas ações no NASF, atentas a aspectos da saúde do trabalhador, práticas grupais e aspectos psicossociais do contexto da AB:

*“E o psicólogo, pelo menos eu acho, os que tem formação em psicanálise, conseguem reconhecer que existem os limites e que a gente também tem que trabalhar*

*principalmente com limite, cuidar pra gente não se identificar e ajudar também os colegas a não se identificarem com a aridez do trabalho.” (P1)*

*“[...] tanto a minha formação em psicologia social, que tu tem que empoderar a pessoa para ela transformar a realidade, quanto um aporte da psicologia comunitária. Fiz especialização em infância e adolescência, que é um aporte cognitivo comportamental, que também me ajuda. Meu doutorado foi em violência doméstica, então muito do que eu li sobre gênero, violência, ajuda a entender os casos de violência contra mulher, de abuso ou de quando o usuário é revitimizado, tendo que contar a história em vários serviços. Então, te diria que esse aporte teórico é resultado de uma formação, não tem uma coisa específica.” (P5)*

Silva, Silva e Cardoso (2017) apontam dificuldades em efetivar o trabalho e indicam como entrave a formação dos profissionais que, historicamente, não recebem uma formação específica sobre as estratégias e metodologias de trabalho da AB. De acordo com os autores, a graduação em psicologia volta-se para uma ênfase na clínica liberal autônoma que denota falta de preparo para o trabalho nas políticas públicas. Dessa forma, a atuação dos trabalhadores ocorria de forma fragmentada, identificando um problema na formação baseada nos especialismos, que eram reproduzidos sem crítica nos serviços de saúde (Silva, Silva & Cardoso, 2017).

Por outro lado, os psicólogos eram apontados, dentre os profissionais do NASF, como aqueles que possuíam um olhar mais amplo e implicado na concepção de sujeito dos usuários, capazes de articular os aspectos de saúde física, os subjetivos e o contexto social, numa visão ampliada de saúde biopsicossocial (Silva et al., 2017). Ademais, as ações do psicólogo capacitavam os demais profissionais a potencializar o cuidado ampliado e humanizado, auxiliando no melhor aproveitamento dos atendimentos e intervenções, além de ser considerado mediador de conflitos e auxiliar no planejamento e execuções de possíveis ações conjuntas (Silva et al., 2017).

O profissional da psicologia se depara com a complexidade da atuação no NASF diante da prática especializada de retaguarda, aliada à generalista com ênfase na promoção de saúde e ainda às demandas da saúde mental que configuram especificidades da profissão. Parte-se do pressuposto de que saúde e subjetividade são indissociáveis, nesse sentido, as práticas da psicologia são consideradas dispositivos potentes de singularidade e subjetivação evidenciando a prática ético-política e o cuidado diante do sofrimento psíquico (Costa-Rosa, 2012).

As profissionais participantes do estudo em questão apresentam compreensões e práticas diversas dentro dos campos de atuação, no sentido de que algumas práticas seguem

atreladas ao atendimento individual voltado a especificidades da profissão, enquanto outras também se ocupam do matriciamento, atividades multiprofissionais e de apoio. Compreende-se que a proposta do NASF surge para produzir mudanças nos processos de trabalho em sua micropolítica, visando desenvolver atividades conjuntas entre os profissionais, que promovam a construção de saberes e a ampliação do escopo das ações.

Segundo Merhy (1997), esse é um cenário em que ocorrem disputas de diferentes forças instituintes, como: forças fixadas em instrumentos e tecnologias, produtos das ações em saúde (trabalho morto) ou no ato de produzir saúde e na ação relacional (trabalho vivo em ato), assim como nos processos imaginários e desejanter, além do campo de conhecimentos que os profissionais constituem. Assim, a dinâmica da micropolítica do trabalho em saúde permite entender os processos de trabalho e, a partir daí construir novos dispositivos de mudança na produção do cuidado que se dá entre trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços (Merhy, 2014).

Nesse sentido, o processo de trabalho do psicólogo, que engloba aspectos tanto técnicos como relacionais, gera práticas clínicas e psicossociais, voltadas a atendimentos individuais e promoção de saúde, com abordagens coletivas. O que pode ocorrer muitas vezes é a concepção dos psicólogos de que existe um antagonismo entre a atuação clínica e o trabalho psicossocial, expressando um aspecto gerador de angústia para os psicólogos em relação ao seu papel (Oliveira & Caldana, 2016).

Diante disso, pode ocorrer o que se denomina negação da clínica, que provoca um esvaziamento da discussão sobre a clínica, promovendo um afastamento entre práticas clínicas e psicossociais, por conta de os profissionais associarem clínica a clínica tradicional (Onocko-Campos, 2001). A autora cita que é preciso uma reflexão sobre qual clínica nos referimos e constituir práticas que comportem novas ações. Dessa forma, a visão sobre a clínica não deve continuar sendo ligada a aspectos reducionistas do discurso sanitário, mas sim alicerçada à promoção de saúde e à saúde coletiva (Onocko-Campos, 2001). De encontro ao apontado pela autora, percebe-se, no estudo realizado, que algumas psicólogas entrevistadas compreendiam os atendimentos individuais e a concepção de clínica através de uma perspectiva psicossocial, denotando uma trajetória teórica que abarca aspectos da saúde coletiva e clínica ampliada.

Nessa direção, a clínica ampliada é que mais satisfatoriamente embasa a prática dos profissionais de saúde, concebida como a clínica do sujeito, compreende que a doença nunca ocupa todo o lugar do sujeito, na perspectiva de que ele é considerado biológico, social e subjetivo (Oliveira & Caldana, 2016). Essa concepção de clínica incorpora nos saberes a avaliação de risco não somente epidemiológica, mas social e subjetiva, gerando também a

necessidade de um trabalho interdisciplinar para dar conta da complexidade do cuidado nessa perspectiva ampliada (Oliveira & Caldana, 2016).

No momento atual da política do NASF, em que algumas diretrizes são reformuladas, de acordo com o aumento da demanda por assistência direta dos profissionais, a política segue no mesmo sentido. Nesse contexto é que os psicólogos se deparam com a responsabilidade profissional das atividades clínicas aliadas às abordagens psicossociais de forma a requalificar o compromisso e vínculo afetivo-profissional na direção da política de saúde pública (Leite et al., 2013, Macedo & Dimenstein, 2016). A psicologia atualmente demanda um profissional generalista, que domine a psicologia clínica baseada na clínica ampliada, ao mesmo tempo que se utiliza da psicologia social e comunitária como pilar de sua prática.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo buscou discutir os aspectos referentes às práticas e processos de trabalho do psicólogo inserido no NASF. Identificou-se que a prática do atendimento individual ainda se constitui aspecto de importante discussão dentre as diretrizes da política do NASF, de forma que os profissionais atribuem a essa prática uma responsabilidade profissional e pertencente a especificidade da sua identidade clínica.

Ao mesmo tempo, existe uma crítica quanto às práticas voltadas à clínica tradicional e ambulatorial, estando presente uma concepção clara de núcleo e campo e a importância de os saberes transitarem por entre os espaços das diferentes áreas e profissões que compõe o NASF. Nessa direção, evidencia-se que existem especificidades e identidades profissionais, assim como a psicologia possui uma prática que engloba o olhar da clínica, as intervenções psicossociais, coletivas, de caráter político e ético da profissão, que busca a autonomia e o cuidado integral aos usuários.

Nesse sentido, destaca-se a relevância de validar as especificidades de cada núcleo profissional, mas ao fazê-lo é importante não destacar o individual em detrimento das práticas de apoio e de campo, que seguem sendo a proposta principal do NASF. Dessa forma, não fragmentando o cuidado e possibilitando a atuação conjunta dos profissionais, no sentido da corresponsabilização e vínculo com o usuário.

Dentre as limitações do estudo pode-se considerar a realização de entrevistas pontuais, não sendo realizado um acompanhamento dos processos de trabalho e especificidades de cada núcleo. Futuros estudos poderiam contemplar a percepção de outros profissionais do NASF acerca do trabalho do psicólogo e suas atribuições diante dos desafios atuais da saúde pública.

Nesse sentido, também se aponta para a possibilidade de novos paradigmas no que tange à prática e à formação do psicólogo, agregando potência terapêutica às intervenções do NASF.

## REFERÊNCIAS

- Azevedo, N. S., & Kind, L. (2013). Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 520-535. doi: 10.1590/S1414-98932013000300002.
- Barros, J. O., Gonçalves, R. M. A., Kaltner, R. P., & Lancman, S. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), p. 2847-2856. doi: 10.1590/1413-81232015209.12232014.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, (2), 141-163p. doi:10.1177/004912418101000205
- Bispo, J. P., & Moreira, D. C. (2017) Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*. 33 (9). doi:10.1590/0102-311X00108116
- Brasil (2008). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Recuperado em 06 de dezembro de 2017 de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>.
- Brasil. (2009). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. [Versão eletrônica]. Brasília. Recuperado em 06 de dezembro de 2017 de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf).
- Brasil. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde* – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 06 de outubro de 2017 de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf).
- Brasil. (2014a). *Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Recuperado em 03 de março de 2018 de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)
- Brasil. (2014b). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)*. Brasília: Ministério da Saúde, 116 p. Recuperado em 06 de dezembro de 2017 de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf).
- Brasil. (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 06 de dezembro de 2017 de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

- Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 06 de dezembro de 2017 de: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>. Acesso em 12/11/2017.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Campos, G. W. S., Chakour, M., & Santos, R. C. (1997). Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1), 141-144. doi:10.1590/S0102-311X1997000100025
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. doi:10.1590/S1413-81232000000200002
- Cela, M. & Oliveira, I. F. (2015). O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 31-39. doi:10.5935/1678-4669.20150005
- Correia, P. C. I., Goulart, P. M., & Furtado, J. P. (2017). A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde em Debate*, 41(spe), 345-359. doi:10.1590/0103-11042017s25
- Costa-Rosa, A. (2012) A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estudos de Psicologia*. 29 (1) 115-126. Recuperado em 12 de novembro de 2017 de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n1/a13v29n1.pdf>
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. ISSN 1984-0470. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013.
- Departamento de Atenção Básica (2018) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado em 15 de março de 2018 de: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2013) Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde. (1º Ed.) São Paulo: Hucitec.
- Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 840-853. doi: 10.1590/S1414-98932010000400013.
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016). As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 364-379. doi: 10.1590/1982-3703001372014
- Klein, A. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2017). O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (1), :e00158815. doi: 10.1590/0102-311X00158815

- Leite, D.C., Andrade, A.B., & Bosi, M.L.M. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, 23 (4), 1167-1187. doi: 10.1590/S0103-73312013000400008
- Macedo, J.P., & Dimenstein, M. (2016). Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 37-45. doi: 10.1590/1984-0292/1034.
- Merhy, E. E. (1997) Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde in Merhy E.E.E & Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2014). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. (4 Ed.) São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007.
- Nepomuceno, L. B. (2009). *A prática da psicologia no NASF*. In Conselho Federal de Psicologia. [Versão eletrônica]. A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (pp. 49-59). Recuperado em 04 de dezembro de 2017 de: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio\\_O\\_Nxcleo\\_de\\_Apoio-beta.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf)
- Nepomuceno, L. B., & Pontes, R. J. S. (2017). O Espaço Socioprofissional da Estratégia Saúde da Família sob a Perspectiva de Psicólogos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 289-303. doi:10.1590/1982-3703000352015
- Oliveira, I. F., Amorim, K. M., Paiva, R. A., Oliveira, K. S., Nascimento, M. N., & Araújo, R. L. (2017). A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. *Temas em Psicologia*, 25(1). 291-304. doi:10.9788/TP2017.1-17Pt
- Oliveira, T. T. S. S. & Caldana, R. H. L. (2016). Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44. Recuperado em 02 de novembro de 2017 de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223664072016000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223664072016000200002&lng=pt&tlng=pt).
- Onocko-Campos, R. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111. Recuperado em 25 de outubro de 2017 de: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavrane\\_gada.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavrane_gada.pdf)
- Perrella, A. C. (2017). O cotidiano do psicólogo em um núcleo de apoio à saúde da família: relato de uma experiência. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(1), 54-65. Recuperado em 05 de novembro de 2017 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180989082017000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082017000100005&lng=pt&tlng=pt).

- Porto Alegre (2017). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 3º quadrimestre - 2017*. Recuperado em 05 de março de 2018 de [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatorio\\_de\\_gestao\\_3\\_quadrimestre\\_\\_2017.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_de_gestao_3_quadrimestre__2017.pdf)
- Santos, W., T. & Mandelbaum, B. P. (2016). Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da psicologia nos núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Barbarói*, 48, 168-184. doi: 10.17058/barbaroi.v0i48.9028
- Santos, M. C., Frauches, M. B., Rodrigues, S. M. & Fernandes, E. T. (2017). Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. *Saúde & Transformação Social*, 8(2), 060-069. Recuperado em 05 de novembro de 2017 de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4095/4985>
- Silva, R. B. & Cavalhaes, F. F. (2016). Psicologia e Políticas Públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 247-256. doi:10.1590/1807-03102016v28n2p247
- Silva, M. G. & Mânica, F. R. (2017). A prática profissional do psicólogo frente a atenção básica de saúde. *Saúde em Redes*, 3(1), 50-62. doi: 10.18310/2446-4813.2017v3n1p50-62
- Silva, P. H. M., Silva, T. A. & Cardoso, M. L. M. (2017) Residência Multiprofissional em Saúde da Família: desafios e possibilidades para os psicólogos residentes. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC-Minas*, 2(4), 127-140. Recuperado em 05 de dezembro de 2017 de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15249>
- Sousa, D., Oliveira, I. F., & Costa, A. L. F. (2015). Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP*, 26(3), 474-483. doi: 10.1590/0103-656420140059.
- Tesser, C. D., Neto, P. P. (2017). Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 941-951. Rio de Janeiro. doi: 10.1590/1413-81232017223.18842016

## 6. ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

**Pesquisador:** Kátia Bones Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 65451617.1.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.964.869

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto muito bem escrito, completo tanto no que tange à sua fundamentação teórica como às descrições metodológicas. Parte de uma abordagem qualitativa para atender a uma importante demanda social de caracterização de um panorama das práticas psicológicas na saúde pública de atendimento a famílias.

**Objetivo da Pesquisa:**

Como principal objetivo, a pesquisa pretende compreender como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF na cidade de Porto Alegre e região metropolitana.

Dentre seus objetivos específicos destacam-se: explorar e descrever as práticas e processos de trabalho dos psicólogos do NASF juntamente às equipes de atenção básica; investigar como os psicólogos do NASF compreendem e constroem a interface com a atenção básica e especializada; analisar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos do NASF, identificando os norteadores teóricos que embasam estas práticas; analisar como as práticas cotidianas dos psicólogos se articulam com as Políticas de Saúde; compreender as concepções de território e corresponsabilização utilizadas pelos profissionais.

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.964.869

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresentam-se riscos mínimos e benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Quatorze NASFs serão representadas, com entrevistas de profissionais sobre suas práticas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram adequadamente apresentados, destacando-se o TCLE, que está muito claro e completo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_857344.pdf	06/03/2017 15:48:07		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/03/2017 15:47:32	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.pdf	24/01/2017 18:07:10	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	lattesmarina.pdf	24/01/2017 17:44:23	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	latteskatia.pdf	24/01/2017 17:43:51	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	autorizaodacoordenacao.pdf	24/01/2017 17:17:59	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	CartadeAprovacaodaComissaoCientifica.pdf	24/01/2017 17:16:33	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	documentounificado.pdf	24/01/2017 17:15:42	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Ataqualificacao.pdf	24/01/2017 17:09:11	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	24/01/2017 17:08:02	Kátia Bones Rocha	Aceito

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.964.869

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-versaofinal.pdf	24/01/2017 17:06:53	Kátia Bones Rocha	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/01/2017 17:04:30	Kátia Bones Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/01/2017 17:03:42	Kátia Bones Rocha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Março de 2017

---

**Assinado por:**  
**Denise Cantarelli Machado**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

## 7. ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - SMSPA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO**Pesquisador:** Kátia Bones Rocha**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 65451617.1.3001.5338**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.104.795**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo tem por objetivo compreender como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF na cidade de Porto Alegre e região metropolitana. Como objetivos específicos propõe-se: explorar e descrever as práticas e processos de trabalho dos psicólogos do NASF juntamente às equipes de atenção básica; investigar como os psicólogos do NASF compreendem e constroem a interface com a atenção básica e especializada; analisar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos do NASF, identificando os norteadores teóricos que embasam estas práticas; analisar como as práticas cotidianas dos psicólogos se articulam com as Políticas de Saúde; compreender as concepções de território e corresponsabilização utilizadas pelos profissionais. O projeto consiste em um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Serão entrevistados em torno de quatorze profissionais, caso todas as equipes de NASF tenham na sua composição o profissional da psicologia. O instrumento utilizado na coleta de dados será a entrevista semi-dirigida com duração média de 30 minutos. A análise dos dados será baseada na metodologia da Análise Discursiva.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

No contexto apresentado observa-se a importância dos profissionais da psicologia na atenção

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.104.795

básica, assim como os desafios encontrados na prática. O objetivo desse estudo é compreender como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF na cidade de Porto Alegre e região metropolitana.

**Objetivo Secundário:**

- Conhecer e descrever as práticas e processos de trabalho dos psicólogos do NASF juntamente às equipes de atenção básica, analisando também a sua interface com as comunidades nas quais as equipes estão inseridas;
- Investigar como os psicólogos do NASF compreendem e constroem a interface com a atenção básica e especializada;
- Analisar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos do NASF, a partir dos conceitos de campo e núcleo, identificando os norteadores teóricos que embasam estas práticas;
- Analisar como as práticas cotidianas dos psicólogos inseridos no NASF se articulam com a Política Nacional de Atenção Primária, Política Nacional de Promoção de Saúde e outras políticas intersetoriais;
- Compreender as concepções de território e corresponsabilização utilizadas pelos profissionais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Acredita-se que o risco de desconforto é pequeno, porém, em caso de mobilização de algum aspecto emocional, a coleta de informações será interrompida e será realizado acolhimento. Caso seja identificado algum sofrimento ou mal-estar que tenha sido ocasionado pela entrevista, ou ainda se for solicitado, será realizado o encaminhamento para a rede de apoio social.

**Benefícios:**

Contribuir para um estudo científico, para a compreensão de como se configuram as práticas e os processos de trabalho dos psicólogos inseridos nos NASF na cidade de Porto Alegre e região metropolitana. Esses conhecimentos auxiliarão no entendimento do fenômeno e na construção de estratégias para melhorar o atendimento de saúde da população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisador responsável: Kátia Bones Rocha

Instituição: PUC

Curso: psicologia

Tipo de estudo: mestrado

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.104.796

TCLE: sim

Local de realização: NASFs de Porto Alegre e região metropolitana

Data de início: 24/01/2017

Data de término: 30/06/2018

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios apresentados.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

1 - Quanto ao TCLE:

a - Não constam os dados do CEP SMSPA, como endereço e telefone de contato;

b - Deve estar informado aos participantes que as entrevistas serão gravadas e o tempo previsto para a realização das mesmas;

Análise: pendência atendida.

2 - Como será o custeio dos deslocamentos dos pesquisados da região metropolitana para a entrevista, visto que a pesquisadora prevê como local para realização da entrevista a PUC. Conforme a Resolução do CNS 466/12, os custos para a realização da pesquisa são de responsabilidade do pesquisador, desta forma esta despesa deve estar prevista no orçamento do estudo. Adequar orçamento.

Resposta do pesquisador: Caso o participante da pesquisa tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos, por parte das pesquisadoras responsáveis pelo estudo.

Análise: pendência atendida.

3 - Quais cidades da região metropolitana estarão incluídas na pesquisa? Recomendamos que seja solicitado autorização de um responsável do município antes da coleta de dados.

Resposta pesquisador: Conforme solicitação do relator, acerca da necessidade de autorização de um responsável em cada umas das cidades da região metropolitana de Porto Alegre nas quais a pesquisa pretende ser realizada, viemos esclarecer que a técnica de seleção dos participantes

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 2.104.795

utilizará o método snowball na região metropolitana, no qual um profissional entrevistado indicará o próximo para participar da pesquisa. Desta forma, só saberemos exatamente os profissionais e suas respectivas regiões de trabalho à medida que os participantes indique o profissionais e estes se disponibilizem a participar do estudo. As entrevistas serão realizadas fora dos serviços de saúde e não envolvem análise destes serviços. Em virtude do anteriormente referido, principalmente no que se refere a seleção dos participantes, consideramos que a seleção prévia de todas as 14 localidades, que podem não virem a ser incluídas, pode dificultar a execução do projeto.

Análise: pendência atendida.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_857344.pdf	06/03/2017 15:48:07		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/03/2017 15:47:32	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.pdf	24/01/2017 18:07:10	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	lattesmarina.pdf	24/01/2017 17:44:23	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	latteskatia.pdf	24/01/2017 17:43:51	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	autorizacaodacoordenacao.pdf	24/01/2017 17:17:59	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	CartadeAprovacaodaComissaoCientifica .pdf	24/01/2017 17:16:33	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	documentounificado.pdf	24/01/2017 17:15:42	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Ataqualificacao.pdf	24/01/2017 17:09:11	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	24/01/2017 17:08:02	Kátia Bones Rocha	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 2.104.796

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-versaofinal.pdf	24/01/2017 17:06:53	Kátia Banes Rocha	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/01/2017 17:04:30	Kátia Banes Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/01/2017 17:03:42	Kátia Banes Rocha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Junho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Thais Schossler**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com

## 8. ANEXO C – PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA REALIZADA NO PERÍODO DO MESTRADO RELACIONADA À TEMÁTICA INVESTIGADA

### **As práticas interprofissionais e da psicologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma revisão sistemática**

**Guilherme Severo Ferreira, Gabriela Lemos de Pinho Zanardo,  
Larissa Moraes Moro, Marina Damion, Kátia Bones Rocha**

**Resumo:** Esse estudo trata-se de uma revisão sistemática da produção nacional sobre as práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), analisando as ações interprofissionais e as atribuídas à Psicologia. Efetivou-se a busca nas bases de dados Sage, PsycInfo, Scielo, Pubmed, BVS e Periódico CAPES, utilizando o termo “NASF”. Encontrou-se 545 artigos, incluindo-se estudos empíricos que analisavam a interdisciplinaridade e a atuação da psicologia. Analisou-se 15 estudos através dos conceitos de “núcleo” e “campo” (Campos, 2000). Foram encontradas práticas heterogêneas que dificultaram o paralelo de funcionamento dos NASF. Identificou-se que muitas equipes não conseguem superar o modelo biomédico de cuidado, por outro lado, alguns estudos apontaram um trabalho alinhado com a lógica do apoio matricial. A principal atividade da psicologia foi o atendimento individual, todavia também se encontrou práticas em que a psicologia contribuía para o desenvolvimento de ações interdisciplinares.

**Palavras-chave:** Psicologia; atenção primária à saúde; NASF; apoio matricial; revisão sistemática.

### **Interprofessional practices and psychology in the Family Health Program: Systematic Review**

**Abstract:** This study is a systematic review with the goal of analyze practices of the Family Health Support Teams (NASF) analyzing the interprofessional actions and those attributed to Psychology. The search of the databases was carried out in Sage, PsycInfo, Scielo, Pubmed, BVS and CAPES Journal, using the term "NASF". We found 545 articles, including empirical studies that analyzed the interdisciplinarity and the performance of psychology. We analyzed 15 studies through the concepts of "core" and "field" of Campos (2000). Heterogeneous practices were found that hampered the parallel functioning of NASF. It was identified that many teams cannot overcome the biomedical model of care, on the other hand, some studies pointed to a work aligned with the logic of the matrix support. The main activity of psychology was individual care, but also found practices in which psychology contributed to the development of interdisciplinary actions.

**Keywords:** Psychology; primary care; NASF; matrix support; systematic review

## Introdução

A atenção básica constitui-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, desde a promoção em saúde até o diagnóstico e tratamento de doenças. Seus objetivos consistem em desenvolver atenção integral e continuada, realizar cuidado territorializado, estabelecer vínculo com a população atendida, bem como planejar e desenvolver ações baseadas nas demandas da comunidade<sup>1</sup>.

Como forma de expansão e consolidação da atenção, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tem como estratégia prioritária a Saúde da Família<sup>1</sup>. Ainda, revisando diretrizes e normas para a organização da atenção, em 2008 foi proposta a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>2</sup>. O NASF tem o objetivo de ampliar a abrangência e escopo das ações da atenção básica e é composto por equipe multiprofissional, que trabalha em conjunto com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O NASF não se constitui como porta de entrada do sistema, à medida que atua de forma itinerante e integrada às ESF, equipes para populações específicas e academias da saúde. Algumas das principais ações previstas aos profissionais do NASF são: discussão de casos; atendimento conjunto; construção de projetos terapêuticos; educação permanente; intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade; ações intersetoriais; ações de prevenção e promoção da saúde; discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras<sup>1</sup>.

Assim como as atividades que serão desenvolvidas pelo NASF, a escolha dos profissionais que compõe cada equipe deve ser fundamentada nas necessidades dos territórios e populações atendidas. Dessa forma, devido à grande demanda da atenção à saúde mental, preconiza-se a inserção de ao menos um profissional da área no NASF, podendo ser psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional<sup>2</sup>.

O NASF e a ESF possuem como atribuição proporcionar cuidado integral, articulando ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque no trabalho interdisciplinar<sup>1</sup>. Nesse sentido, a principal estratégia utilizada pelo NASF no desenvolvimento das ações é o apoio matricial, que auxilia na organização e desenvolvimento do trabalho e tem como objetivo proporcionar uma retaguarda especializada às ESF<sup>2</sup>. Além disso, o apoio matricial se configura como método de trabalho que disponibiliza suporte técnico-pedagógico às equipes de referência<sup>3,4</sup>. Assim, com o intuito de superar a prática de encaminhamento, com base em mecanismos de referência e contrarreferência, esse arranjo organizacional visa facilitar o

direcionamento dos fluxos da rede. Através do compartilhamento de casos e discussões conjuntas, fomenta-se a produção de corresponsabilização entre as equipes<sup>4,5</sup>.

Segundo Cunha e Campos<sup>6</sup>, a equipe matriciadora e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, metodologia para a gestão do trabalho em saúde e arranjo organizacional. Essa composição objetiva uma integração dialógica através do trabalho interdisciplinar, ou seja, profissionais de várias áreas ou núcleos de formação trabalham conjuntamente com o propósito de ampliar a eficácia da atuação<sup>6</sup>.

Os conceitos operacionais de *núcleo* e *campo* originam-se de uma análise centralizada na prática médica, posto que gerava cada vez mais especialidades e, conseqüentemente, progressiva fragmentação do trabalho<sup>7</sup>. Assim, buscando redefinir a abrangência e a responsabilidade do trabalho, bem como a capacidade resolutiva das ações, os autores postulam a ideia de “campo de competência” e “núcleo de competência”<sup>7</sup>. Posteriormente, Campos<sup>8</sup> reformula tais conceitos baseado em saberes e práticas da saúde coletiva. Desse modo, o autor compreende núcleo como a aglutinação de conhecimentos, que demarca a identidade social de uma área de saber e prática profissional, que permanece aberto a diversos campos de influência. O conceito de campo diz respeito ao espaço de limites imprecisos os quais cada disciplina e profissão se apoiam mutuamente para efetuar suas tarefas teóricas e práticas. Assim, campo e núcleo modificam-se e influenciam-se, sem definição clara de fronteira entre eles<sup>8</sup>.

Dessa forma, entende-se que a equipe de referência baseia seu trabalho nesse compartilhamento de ações, saberes e responsabilidades, e, os conceitos de campo e núcleo auxiliam na compreensão e composição da interdisciplinaridade. Ao atuar no campo, cada profissional busca o apoio de outras áreas para realizar suas tarefas. Da mesma forma, isso se configura no apoio matricial, no qual os profissionais especializados (núcleos) oferecem suporte técnico para a equipe que atua no cotidiano dos territórios (campo interdisciplinar)<sup>4</sup>.

No contexto do NASF, que visa o trabalho conjunto através do apoio matricial, não são encontradas funções determinadas para cada profissão nos documentos ministeriais<sup>1,2</sup>. Na bibliografia científica, foram encontradas duas revisões de literatura que analisam as ações desenvolvidas na atenção básica<sup>9,10</sup>. No entanto, destaca-se a falta de definição sobre o papel da Psicologia dentro do NASF, assim como pesquisas que enfatizem o trabalho que vem sendo realizado por esses profissionais.

Considerando a recente implantação do NASF, evidencia-se a importância de analisar como vem sendo efetivadas as ações interdisciplinares dos profissionais do NASF, dando ênfase para a atuação do psicólogo neste contexto. Sendo assim, esse artigo busca realizar uma revisão sistemática da produção nacional sobre as práticas desenvolvidas pelo NASF,

analisando tanto as ações interprofissionais, quanto as atribuídas à Psicologia. Para tanto, parte-se dos conceitos de núcleo e campo<sup>8</sup> para analisar os resultados dos estudos, considerando a Psicologia enquanto prática de núcleo em diálogo com o campo.

## **Método**

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados eletrônicas Sage, PsycInfo, Scielo, Pubmed, BVS e Periódico CAPES. Apesar de visar a produção nacional sobre as atividades desenvolvidas no NASF, optou-se por utilizar bases de dados que incluíssem também periódicos internacionais, a fim de possibilitar maior abrangência de publicações sobre o tema. Nos campos de busca foi inserido o termo “NASF” e escolhida a opção “contém” a palavra (nos títulos, resumos ou texto), no intuito de integrar todas as pesquisas que realizaram investigações sobre esse dispositivo.

As buscas foram realizadas no mês de maio de 2016 por dois juízes independentes e foram encontrados 545 trabalhos. Para refinar a busca foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) tratar dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; 2) analisar as práticas realizadas por psicólogos; 3) estar disponível em formato de artigo. Após a exclusão dos estudos repetidos, foi realizada a leitura integral dos 25 artigos incluídos e aplicados os critérios de exclusão: 1) artigos teóricos; 2) artigos que não analisam práticas realizadas por psicólogos do NASF; 3) estudos que não abordam a interdisciplinaridade no NASF.

Em caso de discordância entre os juízes sobre a inclusão dos estudos, foi realizada a revisão e discussão do artigo até ser alcançado um consenso. O banco de dados final contou com 15 estudos que foram analisados sob a luz dos conceitos de núcleo e campo<sup>8</sup>. O fluxograma sobre a seleção dos estudos encontra-se na Figura 1.

## **Resultados**

A partir da leitura dos artigos na íntegra, foram extraídas as seguintes informações: autores, ano, local e tipo de estudo, que se encontram na Tabela 1. Tabulou-se também os resultados, que foram organizados em dois eixos para a análise: 1) Práticas de campo, que englobam as ações realizadas por diferentes profissionais; e 2) Práticas de núcleo, ações realizadas por psicólogos e que podem transcender para o campo.

Dentre as práticas de campo foram encontradas: discussão de caso; atendimento conjunto; elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); visitas domiciliares; intervenções

de promoção e prevenção de saúde e ações intersetoriais. As atividades identificadas como práticas de núcleo foram: atendimentos individuais; capacitação; sensibilização da equipe e grupos psicoeducativos.

## **1) Práticas de campo**

### **Discussão de caso**

Em relação às discussões de caso realizadas entre NASF e ESF, cinco artigos<sup>11-15</sup> apresentam a ocorrência de discussões aprofundadas entre as equipes. Estas são descritas como um espaço de troca de experiências e partilha de conhecimento, no qual realiza-se avaliação de casos para encaminhamento e identificação de necessidades prioritárias.

No entanto, seis estudos<sup>12,13,16-19</sup> apontam barreiras para a realização de discussão de caso. Um artigo identificou que o tempo de trabalho de ambas equipes, ESF e NASF, era insuficiente para discussões aprofundadas<sup>17</sup>. Por outro lado, dois estudos apresentam que essa atividade ocupava a maior parte da jornada de trabalho dos profissionais, que indicavam falta de tempo para a realização das outras tarefas previstas<sup>12,13</sup>.

Um estudo assinalou que a discussão de caso ocorria apenas quando a ESF necessitava de auxílio na condução das ações<sup>16</sup>. Por sua vez, Ferro et al.<sup>17</sup> observam que os profissionais da ESF não reconheciam as reuniões com o NASF como um espaço para discussões. Já Hori e Nascimento<sup>18</sup> mostram que a ausência de diferentes profissionais nas reuniões dificultava a realização de trocas e o vínculo entre as equipes.

### **Atendimento conjunto**

O atendimento conjunto é compreendido como uma atividade realizada com usuário ou grupo por ao menos um profissional de cada equipe - ESF e NASF<sup>20</sup>. Em um estudo, o compartilhamento acontecia apenas entre trabalhadores do NASF<sup>16</sup>. Destaca-se que em apenas dois artigos<sup>11,12</sup> são apresentados atendimentos compartilhados entre as equipes NASF e ESF. Em outra pesquisa, os profissionais da ESF mencionam que apesar de existir um trabalho conjunto, eles preferem o modelo antigo de atendimento. Nesse funcionamento, cada profissional tem sua especialidade e deve lidar com seus próprios desafios, evidenciando o caráter individual de suas práticas de trabalho<sup>14</sup>.

## **Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)**

O PTS é elaborado na perspectiva interdisciplinar, a partir de uma avaliação compartilhada entre profissionais da equipe e usuários/famílias. É construído levando em consideração os múltiplos saberes e a valorização do conhecimento do usuário na formulação da proposta terapêutica. Desse modo, estimula-se o vínculo entre usuário e equipe através de um processo de corresponsabilização do cuidado<sup>21</sup>.

Em cinco estudos<sup>12,15,17,18,22</sup>, os autores indicaram que não ocorria a construção de PTS. Uma pesquisa constatou que o termo não era utilizado pelos profissionais<sup>17</sup>, enquanto outra avaliou que o conceito de PTS era pouco conhecido pela equipe ESF e também por alguns profissionais do NASF<sup>12</sup>. Ainda, Sundfeld<sup>15</sup> refere que apenas o NASF se envolvia na construção do PTS, não havendo participação conjunta da ESF e dos usuários. Na mesma direção, Leite et al.<sup>22</sup> indicam que a dificuldade de integração entre ESF e NASF impedia o planejamento terapêutico dos usuários. Apenas três pesquisas<sup>11,23,24</sup> de fato mencionaram o desenvolvimento de PTS. Os autores descrevem-no como um planejamento feito por toda a equipe, no qual discutiam-se os casos, definiam-se atribuições e responsabilidades, contemplando, assim, ações interprofissionais.

## **Visitas Domiciliares**

Oito estudos<sup>11,12,15,19,22,23,25,26</sup> citam como práticas do NASF a visita domiciliar (VD). Segundo Azevedo e Kind<sup>23</sup>, as VD eram planejadas e conduzidas coletivamente, com a presença de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dois profissionais de áreas distintas. As visitas eram desenvolvidas frequentemente e estavam voltadas para o atendimento daqueles que se encontram impossibilitados de irem ao serviço.

Conforme Gonçalves et al.<sup>12</sup>, as equipes dos NASF realizavam VD conforme as necessidades das ESF e da população, possuindo frequência flutuante. A partir da reunião e dos acordos entre NASF e ESF, compartilhavam-se as responsabilidades sobre as atividades, dentre elas as VD. Os profissionais acreditam que essa configuração fortalecia planejamentos e ações mais organizadas, priorizando o trabalho em equipe.

Os estudos de Leite et al.<sup>22</sup> e Sundfeld<sup>15</sup> abordam a importância da presença dos ACS na visita, pois auxiliava no estabelecimento do vínculo e na receptividade das famílias visitadas. Por fazerem parte da comunidade, os ACS compreendem as dificuldades que a população vivencia, de forma que os espaços de troca possuem maior significado para o usuário,

propiciando o controle social e movimentos emancipatórios<sup>15</sup>. Em contrapartida, os profissionais entrevistados por Leite et al.<sup>22</sup> indicaram dificuldade em criar laços com a área atendida, já que a equipe do NASF passava apenas um turno semanal em cada ESF apoiada.

### **Intervenções de promoção e prevenção de saúde**

As atividades coletivas apareceram comumente associadas às ações de promoção e prevenção de saúde. Um exemplo são as intervenções no território e na saúde de grupos específicos da população<sup>11,12,19,23-25</sup>, nas quais destacam-se: grupo de qualidade de vida, nutrição, dança, postura<sup>23</sup>; grupo de hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, idosos, cuidadores, pessoas com sofrimento psíquico, obesidade, grupo equilíbrio (realizado com os próprios profissionais de saúde)<sup>24</sup>; grupos terapêuticos e educativos, oficinas temáticas<sup>11,12</sup>; e grupo de saúde mental<sup>12</sup>.

Dois estudos indicaram que o NASF era responsável pela coordenação dos grupos<sup>12-13</sup>. Os motivos elencados foram a elevada demanda de atendimento para ESF<sup>12</sup> e a resistência de alguns profissionais da Estratégia em pactuar ações com o NASF, somadas às variadas formas de organização do trabalho entre as equipes<sup>13</sup>.

### **Ações intersetoriais**

As ações intersetoriais são apontadas em seis estudos<sup>11,12,14,16,19,26</sup>, através da articulação com a rede de serviços de saúde, assistência, educação e cultura. Alguns exemplos: discussões e acompanhamento conjunto de casos com serviços da Assistência Social e Conselho Tutelar<sup>16</sup>; articulação com Conselho Tutelar, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatório de especialidades, entre outros<sup>12</sup>; participação no Programa Saúde na Escola<sup>19</sup> e exploração dos recursos da comunidade<sup>14</sup>.

## **2) Práticas de núcleo**

### **Atendimentos individuais**

Dentre os 15 estudos analisados, somente três<sup>14,18,24</sup> não abordavam as práticas específicas de núcleo no NASF. Em relação ao trabalho desenvolvido por psicólogos, a

principal atividade identificada foi o atendimento individual, relatado em 11 estudos<sup>11-13,15-17,19,22,23,26,27</sup>.

No estudo de Sundfeld<sup>15</sup> são apresentadas solicitações de atendimento pela escola, Conselho Tutelar, pais e equipe de saúde, por exemplo: queixas de agressividade na escola, problemas de relacionamento familiar e dificuldades de aprendizagem. No mesmo sentido, são mencionadas procuras feitas pelos usuários, que relatavam sintomas depressivos e crises nervosas. Nesses casos, havia a expectativa da comunidade e da ESF de que a equipe do NASF atuasse em conformidade com a clínica tradicional. No entanto, a autora salienta como foi fundamental problematizar as demandas trazidas, com o intuito de reformular as ações, através da desconstrução do conceito de saúde cristalizado nas equipes<sup>15</sup>.

Já Azevedo e Kind<sup>23</sup> referem que os atendimentos individuais realizados pelas psicólogas não se configuravam como psicoterapia. Os atendimentos tinham entre seis a oito sessões e eram realizados com usuários atendidos por outros profissionais, que identificaram questões de ordem psicológica, como crianças com dificuldades de aprendizagem, idosos com demência, entre outros. Em alguns casos, o atendimento acontecia em um encontro em que eram realizados apontamentos e orientações ao usuário<sup>23</sup>.

Os outros nove artigos<sup>11-13,16,17,19,22,26,27</sup> relatam que o trabalho realizado ainda é pautado no paradigma biomédico, centrado em queixas individuais e cuidado fragmentado. Os trabalhadores das ESF identificam e encaminham as demandas aos profissionais do NASF e os próprios usuários solicitam esse tipo de atendimento, de forma que os NASF acabam atuando como ambulatórios especializados. Porém, em alguns dos contextos estudados, os profissionais realizam uma crítica em relação a essa atuação<sup>11,16,22,26</sup>. Apesar da população e da ESF requisitarem que a equipe do NASF seguisse essa lógica, os profissionais do NASF possuíam discernimento sobre a proposta de trabalho do NASF. Dessa forma, eles conseguiam operacionalizar essas demandas a partir de outra configuração de cuidado<sup>11,22</sup>.

### **Capacitação, Sensibilização da Equipe e Grupos Psicoeducativos**

Um estudo<sup>22</sup> aponta como trabalho do psicólogo a realização de capacitação em saúde mental com os ACS, voltada para melhor identificação desses casos na comunidade. Além disso, percebeu-se que o espaço teve efeito terapêutico, já que os agentes aproveitaram esse ambiente para falar sobre as angústias sentidas frente às questões psicossociais relacionadas à pobreza, violência e drogas.

Dois artigos abordam como contribuição da psicologia a sensibilização e conscientização das equipes da atenção básica para o modelo de trabalho baseado no apoio matricial<sup>16</sup>, bem como questões como o acolhimento e humanização do cuidado<sup>22</sup>. Os entrevistados entendem que essa mudança é necessária e que, assim, pode-se “potencializar uma transformação das interações entre profissionais, usuários e comunidade” (p. 1175)<sup>22</sup>.

Dentre as práticas de grupos descritas, apenas uma parece se configurar como uma atividade dos psicólogos ou com maior contribuição destes profissionais. Leite et al.<sup>22</sup> descrevem o desenvolvimento de grupo de adolescentes que trata de temáticas como sexualidade, gravidez na adolescência e uso de drogas, e também de grupo psicoeducativo com adultos que se automedicam e fazem uso inadequado de psicofármacos.

## **Discussão**

A proposta de trabalho do NASF é superar o mecanismo dos paradigmas convencionais de prestação de cuidados em saúde, em que prevalece uma assistência curativista, especialista e fragmentada. Assim, segue-se em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, priorizando atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que incluam a participação do usuário e considerem a singularidade dos sujeitos assistidos<sup>28</sup>. Esses fundamentos balizadores devem perpassar todas as práticas realizadas pelo NASF, caso contrário, as ações baseadas nessas diretrizes de cuidado ficam comprometidas.

No entanto, observa-se que as orientações dos documentos ministeriais<sup>1,2</sup> sobre as práticas dos profissionais do NASF possuem um caráter amplo e, por vezes, superficial sobre o tema em questão, o que possibilita diferentes interpretações e margem para múltiplas condutas. Nessa busca, foram encontradas práticas heterogêneas em demasia, o que dificulta o paralelo sobre o funcionamento nos vários territórios. Cabe destacar que as atividades podem ser distintas devido às necessidades específicas de cada território, porém, elas devem ser pautadas nos princípios do SUS e adequadas ao contexto da atenção básica.

Esse achado está de acordo com o que apontam Correia, Goulart e Furtado<sup>29</sup> sobre o caráter genérico das orientações dos documentos oficiais do Ministério, assim como a discrepância entre a Portaria<sup>2</sup> que dá origem ao NASF e os Cadernos de Atenção Básica<sup>20</sup>. Como consequência, constituíram-se diferentes práticas nas equipes do NASF, gerando particularidades, inclusive, entre os Núcleos de um mesmo município.

Com relação ao modelo de cuidado, percebeu-se que muitas equipes não conseguem superar a lógica tradicional, com viés biomédico<sup>11-13,16,17,19,22,26,27</sup>. Alguns dos motivos

apresentados foram as resistências dos profissionais da ESF para desenvolver trabalho conjunto, devido ao grande volume de trabalho ou tempo insuficiente, assim como a solicitação dos usuários por atendimentos individuais. Três estudos<sup>12,13,16</sup> identificaram que os profissionais do NASF realizavam atividades, individuais ou em grupo, sem a presença da ESF. Entende-se que essa forma de atendimento não se configura como conjunto por não ocorrer conexão entre equipe apoiadora e equipe de referência. Sendo assim, observa-se que ao invés de desenvolverem ações através da corresponsabilização dos casos, a ESF delega suas responsabilidades ao NASF.

Nessa direção, entende-se que o processo de trabalho das ESF é ainda pautado prioritariamente por agendamentos de atendimentos, além de algumas intervenções em grupo, tendo em vista as exigências de diversas políticas a serem atendidas e metas de produtividade a serem alcançadas. Esse funcionamento dificulta a recepção da proposta do NASF e o estabelecimento de novas práticas, visto que esta prioriza o compartilhamento de experiências, espaços de reuniões e o trabalho conjunto<sup>30,31</sup>.

As variadas formas de atuação geram divergências, de um lado, a necessidade de resolução rápida e atendimentos de casos diversos, e de outro, a nova lógica proposta pelo NASF pautada na discussão, reflexão e compartilhamento de ações. Outros autores reforçam que limitações estruturais, como a falta de serviços especializados, induzem a ESF a solicitar indevidamente que os profissionais do NASF atendam de forma substitutiva, ao invés da ótica do apoio matricial, o que empobrece o atendimento e dificulta a assimilação de sua proposta<sup>6,28,31</sup>.

Isto posto, um dos desafios do NASF, segundo Silva et al.<sup>31</sup>, é articular as atividades com a agenda das ESF, considerando o cotidiano de trabalho e as metas estabelecidas, redimensionando o tempo utilizado. Além disso, para transformar ações é preciso que ocorram mudanças nos paradigmas instituídos nos serviços da atenção básica e nas relações interprofissionais. É a partir do diálogo e do contato entre práticas e concepções de atenção que se promoverá uma nova forma de trabalho em saúde<sup>28</sup>.

Nesse sentido, percebe-se que alguns estudos já identificam um trabalho de equipe interdisciplinar, por meio efetivas discussões de casos entre as equipes e da definição de projetos terapêuticos compartilhados<sup>22,23</sup>. Essas ações são resultado de opiniões e saberes diversificados que se somam para a compreensão e o tratamento resolutivo do usuário, assim como na construção de práticas coletivas mais adequadas às necessidades da população. Assim, essas atividades encontram-se alinhadas com a estratégia de apoio matricial, que oferece suporte especializado para as equipes de referência<sup>6</sup>.

Contudo, poucas pesquisas identificaram a realização do PTS<sup>11,23,24</sup> e nenhuma incluía o usuário no processo de construção do projeto. Dessa forma, entende-se que a prática não é exercida conforme seus pressupostos devido à ausência do usuário enquanto agente ativo do processo de cuidado. Segundo Silva et al.<sup>32</sup>, a utilização do PTS pelos profissionais da ESF é diretamente proporcional a importância que eles conferem à ferramenta enquanto dispositivo para estruturar a atenção. Além disso, os autores apontam as dificuldades iniciais na implementação do PTS quanto ao estabelecimento das responsabilidades de cada profissional, o que indica uma necessidade de sistematização do processo de acompanhamento da equipe<sup>32</sup>.

Outras ações previstas no âmbito do NASF são as práticas intersetoriais. A intersetorialidade é entendida como uma rede de organizações que estabelece acordos de cooperação, aliança e reciprocidade que propiciam reflexões e ações cotidianas em vários setores sociais conectados<sup>33</sup>. Com relação a essa articulação, seis artigos<sup>11,12,14,16,19,26</sup> mencionam a realização de ações intersetoriais. Porém, cabe destacar que alguns estudos constataram uma predominância de encaminhamentos e pedidos de pareceres realizados pelos serviços<sup>16,17</sup>, o que perpetua uma dinâmica de trabalho baseada nos mecanismos de referência e contrarreferência. Nesse sentido, diferentes autores<sup>34-36</sup> problematizam essa dinâmica, pois cria uma assistência fragmentada através da prática do encaminhamento, inviabilizando a criação de vínculo entre os atores envolvidos<sup>36</sup>.

No tocante às práticas da Psicologia, a principal atividade exposta foi o atendimento individual, que na maioria dos casos era baseado na clínica tradicional, numa lógica ambulatorial especializada. Através de uma atuação individualista e fragmentada, essa prática compromete a dinâmica do campo. De acordo com Sousa et al.<sup>26</sup>, o atendimento clínico desvinculado de outras atividades da ESF se opõe ao caráter interdisciplinar da política. Cunha e Campos<sup>6</sup> ressaltam que, os profissionais podem fazer atendimentos individuais, todavia, essa atividade não deve ser prioritária.

Segundo os Cadernos da Atenção Básica<sup>37</sup>, o atendimento individual não é vetado pela lógica do apoio matricial. A frequência de atendimentos individuais específicos pode variar conforme a modalidade do NASF, o número de equipes apoiadas e a insuficiência de serviços assistenciais, já que o NASF deve contribuir para a resolutividade dos casos. Porém, não exclui a responsabilidade dos municípios em investir nos serviços de saúde necessários para atender essas demandas.

Em contrapartida, identificou-se que alguns psicólogos buscavam problematizar os pedidos trazidos pela comunidade e pela ESF por atendimento no modelo ambulatorial. Além disso, aponta-se que os usuários atendidos pelos psicólogos também eram acompanhados por

outros profissionais, colocando em prática a corresponsabilização dos casos<sup>11,16,22,26</sup>. Conforme Silva et al.<sup>31</sup>, durante a implementação do NASF, as equipes devem compartilhar conhecimentos e experiências, configurando uma relação multidisciplinar. Com a crescente apropriação do território e dos casos atendidos, assim como a maior integração entre as equipes, espera-se que novos saberes sejam construídos percorrendo as diferentes especialidades de uma forma dinâmica.

Dessa forma, objetiva-se que as atividades e discussões não sejam de responsabilidade exclusiva de um profissional, como, por exemplo, deixar a cargo do psicólogo os casos de saúde mental. É importante atentar que, apesar de estar preconizada a presença de no mínimo um profissional de saúde mental no NASF<sup>2</sup>, esse aspecto não reforce a fragmentação do cuidado<sup>25</sup>. Sendo assim, espera-se que as ações sejam desenvolvidas de forma interprofissional entre a equipe matriciadora e a equipe de referência.

Outro importante fator a ser discutido é a formação dos psicólogos, já que muitos profissionais que atuam no NASF indicam déficits na graduação, principalmente em relação à proposta de cuidado no SUS<sup>16,22,23</sup>. Esses achados vão ao encontro de estudos que analisam a atuação de psicólogos na atenção básica e apontam para as carências na formação acadêmica em relação ao trabalho a ser desenvolvido nas políticas públicas, o que faz com que, na maioria dos casos, ocorra transposição do modelo clínico para esse contexto<sup>38,39,40</sup>.

Nesse sentido, estudos têm mostrado estratégias utilizadas em parcerias entre o Ministério da Saúde e universidades, a partir da criação de cursos de especialização e residências em saúde que visam a capacitação profissional para o trabalho da ESF. Além disso, iniciativas como o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) e Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) objetivam estimular mudanças no processo de formação, possibilitando uma atuação de caráter interdisciplinar em consonância com os princípios do SUS<sup>29,39,41</sup>.

Ao analisar as demais atividades realizadas por psicólogos no NASF, percebe-se uma importante contribuição dessa área de saber para o campo, pois atua com olhar atento para as interrelações entre o contexto e as singularidades, além de compreender a dinâmica dos fenômenos envolvidos nesse cenário de práticas. Alguns exemplos seriam os desdobramentos a partir da discussão dos processos de trabalho, seja na possibilidade de sensibilizar a equipe para a atuação baseada no apoio matricial ou na abordagem de questões como acolhimento e humanização no cuidado<sup>16,22</sup>. Essa prática seria uma alternativa potente para efetivar a mudança na concepção de saúde e de trabalho das equipes da atenção básica.

Discutir as relações e processos de trabalho auxilia na identificação de dificuldades, no estabelecimento do diálogo interprofissional e na reflexão acerca dessas problemáticas, além da análise de melhorias a serem implementadas. Um recurso possível é o desenvolvimento de capacitações voltadas aos profissionais da ESF, visando melhor identificação das questões de saúde mental e vulnerabilidade social<sup>22</sup>. Tais questões estão em consonância com a proposta de Campos<sup>8</sup>, que refere que as práticas sociais devem ser organizadas democraticamente, estruturando-se de forma a permanecerem abertas a distintos campos de influência.

Vale ressaltar que, apesar do esforço para identificar as práticas desenvolvidas no NASF que se caracterizam como atuação de campo ou núcleo, evidencia-se a cautela necessária para que não se crie uma fragmentação das funções exercidas pela equipe. Ao analisar as atividades que competem à psicologia ou outras áreas profissionais, produz-se um paradoxo ao buscar respostas na esfera intradisciplinar, quando a proposta do NASF é justamente a oposta<sup>29</sup>. A iniciativa da política é estimular a colaboração entre saberes e profissões, extrapolando as competências e responsabilidades individuais para possibilitar articulação interprofissional.

### **Considerações Finais**

O NASF possui uma proposta de trabalho que busca superar a lógica de cuidado de viés curativista, individualista e baseado em especialidades, para uma atenção baseada na interdisciplinaridade, na corresponsabilidade do cuidado e na prevenção e promoção de saúde. Contudo, ao analisar os resultados dos estudos, foram encontradas ações predominantemente baseadas no modelo tradicional, seja por resistência dos profissionais da ESF e do NASF, pela demanda da população atendida, ou ainda por desconhecimento da política. Em contrapartida, alguns trabalhos identificam um discernimento dos profissionais sobre os propósitos do NASF e uma prática condizente com o que está preconizado pelos documentos ministeriais.

Percebe-se que a implementação do NASF ainda está em construção, mas vem avançando no sentido de propor novas práticas e lógica de cuidado. É necessária uma mudança de cultura, tanto da população quanto dos profissionais, que pode ser sensibilizada através de capacitações e preparo das equipes que irão compor os NASF, assim como as ESF que irão recebê-los. Da mesma forma, é possível estimular trocas e reflexões através das discussões sobre o processo de trabalho, identificando dificuldades a serem trabalhadas, assim como as potencialidades das novas formas de atuar.

Em relação à prática da psicologia enquanto núcleo, foram encontrados resultados heterogêneos. Destaca-se o fato da maioria dos artigos não descreverem claramente as

atividades, o que dificultou a análise desses aspectos. Em parte das pesquisas, verificou-se uma atuação dos psicólogos incongruente com o contexto, através da transposição do modelo tradicional clínico para os serviços públicos de saúde. Sob outra perspectiva, artigos apontam para o desenvolvimento de ações interprofissionais que consideram a complexidade da atenção básica e os princípios do SUS.

Salienta-se a dificuldade em definir atividades e ações específicas do núcleo da psicologia. Contudo, as contribuições dessa área de saber são reconhecidas na forma de olhar e entender os fenômenos individuais e grupais. Dessa forma, reforça-se a importância da presença do profissional da psicologia no NASF, já que pode colaborar na sensibilização das equipes e da comunidade. Esse pode ser um importante profissional para estimular as discussões acerca do trabalho *das* e *entre as* equipes, em um processo de educação permanente.

Uma potencialidade do estudo foi construir uma análise não apenas descritiva das ações, mas sim uma reflexão crítica de como vem sendo desenvolvidas, principalmente em relação ao seu caráter interprofissional e de que forma a psicologia contribui na elaboração desse fazer. Postula-se que futuras pesquisas investiguem com maior aprofundamento a inserção da psicologia nas atividades de campo e seu olhar sobre ele, tendo em vista a escassez de estudos que analisem suas práticas dentro do NASF.

### Referências

1. Portaria nº 2.448 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
2. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
3. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-408. doi:10.1590/S0102-311X2007000200016
4. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:983-95. doi:10.1590/1807-57622013.0324.

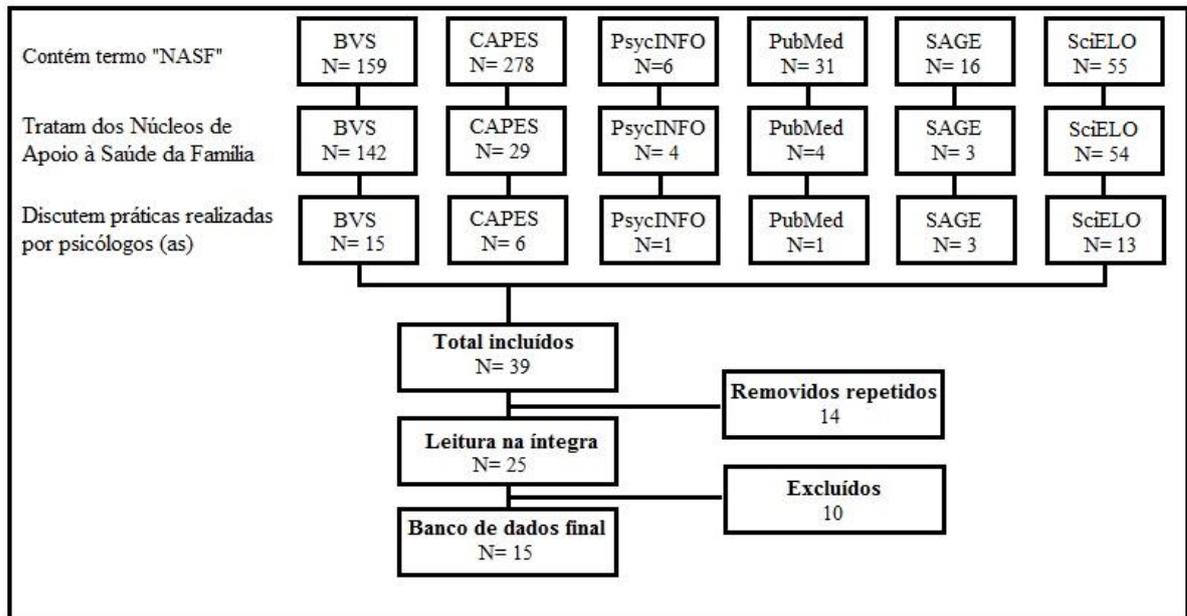
5. Dimenstein M, Severo A, Brito M, Pimenta A, Medeiros V, Bezerra E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude Soc.* 2009; 18(1):63-74. doi:10.1590/S0104-12902009000100007
6. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc.* 2011; 20(4):961-70. doi:10.1590/S0104-12902011000400013
7. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidade médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saude Publica.* 1997; 13(1):141-144. doi:10.1590/S0102-311X1997000100025.
8. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saude Colet.* 2000; 5(2):219-230. doi:10.1590/S1413-81232000000200002.
9. Bonfim GI, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(45):287-300. doi:10.1590/S1414-32832013005000012.
10. Castro CP, Campos GWS. Apoio institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trab Educ Saude.* 2014; 12(1):29-50. doi:10.1590/S1981-77462014000100003
11. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(9):2847-2856. doi:10.1590/1413-81232015209.12232014.
12. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros, JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* 2015; 40(131):59-74. doi:10.1590/0303-7657000078013.
13. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev de Saude Publica.* 2013; 47(5):968-75. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004770.
14. Soares S, Oliveira WF. The matrix approach to mental health care: Experiences in Florianopolis, Brazil. *J Health Psychol.* 2016; 21(3):336-345. doi: 10.1177/1359105316628752.
15. Sundfeld A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis.* 2010; 20(4):1079-1097. doi:10.1590/S0103-73312010000400002

16. Cela M, Oliveira IF. O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*. 2015; 20(1):31-39. doi: 10.5935/1678-4669.20150005
17. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo Saude* (1995). 2014; 38(21):129-138. doi: 10.15343/0104-7809.20143802129138
18. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(8):3561-3571. doi: 10.1590/1413-81232014198.11412013.
19. Santana JC, Azevedo TL, Reichert APS, Medeiros AL, Soares MJGO. Núcleo de apoio à saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2015; 7(2):2362-2371. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2362-2371
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, nº 27). Brasília (DF): MS; 2009.
21. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, Andrade AS. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2011; 20(3):293-302.
22. Leite DC, Andrade AB, Bosi MLM. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis*. 2013; 23(4):1167-1187. doi: 10.1590/S0103-73312013000400008.
23. Azevedo NS, Kind L. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013; 33(3):520-535. doi: 10.1590/S1414-98932013000300002
24. Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:957-70. doi: 10.1590/1807-57622013.0333
25. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Araújo JDN, Moreira AKF, Filgueiras MC. Avaliação da Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*. 2014; 27(2):224-231. doi: 10.5020/18061230.2014.p224
26. Sousa D, Oliveira, IF, Costa ALF. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP*. 2015; 26(3):474-483. doi: 10.1590/0103-656420140059

27. Santeiro TV. Processos Clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF: Estágio Supervisionado. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32(4):942-955. doi: 10.1590/S1414-98932012000400013
28. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saude* (1995). 2010; 34(1):92-96
29. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde Debate*. 2017; 41 Num. Esp.:345-359. doi:10.1590/0103-11042017s25.
30. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2010; 15(3):465-474. doi:10.1590/S1516-80342010000300024
31. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, Brentani A, Rios IC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(11):2076-2084. doi:10.1590/S0102-311X2012001100007
32. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, Rodrigues J, Peres GM, Maftum MA. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21(3):01-08. doi: 10.5380/ce.v21i3.45437
33. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(15):331-48. doi: 10.1590/S1414-32832004000200011.
34. Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Cuidado: As fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 221-240
35. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: Da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: Ministério da Saúde. *VER-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 90-106
36. Zambenedetti G, Silva RAN. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*. 2008; 14(1):131-150.
37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39. Brasília (DF): MS; 2014.

38. Andrade JFSM, Simon CP. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. Paideia. 2009; 19(43):167-175. doi: 10.1590/S0103-863X2009000200005
39. Böing E, Crepaldi MA. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. Psicologia: Ciência e Profissão. 2010; 30(3):634-649. doi: 10.1590/S1414-98932010000300014
40. Dimenstein M, Macedo JP. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. Psicologia: Ciência e Profissão; 2012, 32 Núm. Esp.:232-235. doi: 10.1590/S1414-98932012000500017
41. Ferreira Neto JL. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. Psicologia: Ciência e Profissão. 2010; 30(2):390-403. doi: 10.1590/S1414-98932010000200013

**Figura 1. Fluxograma**



**Tabela 1. Quadro resumo dos estudos**

	Autores	Ano	Estado	Tipo de Estudo
1	Sundfeld.	2010	RJ	Estudo de caso
2	Santeiro.	2012	GO	Relato de experiência
3	Azevedo & Kind.	2013	MG	Qualitativo
4	Lancman et al.	2013	SP	Estudo de caso
5	Leite et al.	2013	RJ	Qualitativo
6	Ferro et al.	2014	PR	Qualitativo
7	Hori & Nascimento.	2014	SP	Qualitativo
8	Moura & Luzio.	2014	PR	Qualitativo
9	Ribeiro et al.	2014	PI	Quantitativo
10	Barros et al.	2015	SP	Estudo de caso
11	Cela & Oliveira.	2015	RN	Qualitativo
12	Gonçalves et al.	2015	SP	Estudo de caso
13	Santana et al.	2015	PB	Qualitativo
14	Sousa et al.	2015	RN	Qualitativo
15	Soares & Oliveira	2016	SC	Estudo de caso



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)