

A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família



A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família



A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

1ª edição



Conselho
Federal de
Psicologia

Brasília-DF
2009

Comissão Organizadora

Anice Holanda

Elisa Zaneratto Rosa

Maria Christina Barbosa Veras

Aparecida Rosângela Silveira

Jureuda Duarte Guerra

Clara Goldman Ribemboim

Integrantes:

Berardo Augusto Nunan, Carlos Alberto Pegolo da Gama,
Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Delvo Ferraz da Silva,
Henriette Aparecida Mourão, Jadete Rodrigues Gonçalves,
Léo Barbosa Nepomuceno, Marcela Adriana da Silva Lucena,
Marcelo Arinos Drummond Junior, Marcia Maria Rodrigues Ribeiro,
Maria Aparecida Crepaldi, Marta Elizabeth de Souza,
Mirna Yamazato Koda, Nilson Gomes Vieira Filho.

A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

1ª edição



**Conselho
Federal de
Psicologia**

Brasília-DF

2009

*É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.
Disponível também em: www.pol.org.br*

1ª edição – 2009
Projeto Gráfico – Luana Melo
Diagramação – Rui de Paula e Rodrigo Paglieri
Revisão – Bárbara de Castro, Joira Coelho e Maria Inês Dorça da Silva



Liberdade de Expressão – Agência e Assessoria de Comunicação
atendimento@liberdadeexpressao.inf.br

Coordenação Geral/ CFP
Yvone Duarte

Edição
Priscila D. Carvalho – Ascom/CFP

Produção
Verônica Araújo – Ascom/CFP

Direitos para esta edição Conselho Federal de Psicologia
SRTVN 702 Ed. Brasília Rádio Center conjunto 4024-A
70719-900 Brasília-DF
(11) 2109-0107

E-mail: ascom@pol.org.br
www.pol.org.br
Impresso no Brasil – dezembro de 2009

Conselho Federal de Psicologia

A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2009.

172 p.

ISBN 978-85-89208-13-0

1. Saúde da família 2. Políticas públicas 3. Psicologia 4. Matriciamento 5. Sistema Único de Saúde I. Título.

RA425

**Conselho Federal de Psicologia
XIV Plenário
Gestão 2008-2010**

Diretoria

Humberto Verona
Presidente

Ana Maria Pereira Lopes
Vice-Presidente

Clara Goldman Ribemboim
Secretária

André Isnard Leonardi
Tesoureiro

Conselheiros efetivos

Elisa Zaneratto Rosa
Secretária Região Sudeste
Maria Christina Barbosa Veras
Secretária Região Nordeste
Deise Maria do Nascimento
Secretária Região Sul
Iolete Ribeiro da Silva
Secretária Região Norte
Alexandra Ayach Anache
Secretária Região Centro-Oeste

Conselheiros suplentes

Acácia Aparecida Angeli dos Santos
Andréa dos Santos Nascimento
Anice Holanda Nunes Maia
Aparecida Rosângela Silveira
Cynthia R. Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Jureuda Duarte Guerra
Marcos Ratinecas
Maria da Graça Marchina Gonçalves

Conselheiros convidados

Aluizio Lopes de Brito
Roseli Goffman
Maria Luiza Moura Oliveira

Apresentação

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as condições crônicas de saúde têm aumentado em ritmo acelerado em todo o mundo. No Brasil, o problema se agrava por haver uma situação social ainda marcada pela exclusão de grande parcela da população do acesso às condições mínimas de vida, tais como, alimentação, moradia, educação e trabalho dignos. Tal quadro produziu uma precarização das condições de vida e saúde e, conseqüentemente, gerou grande demanda de ações voltadas para a sua melhoria. Concomitante, ocorrem dois novos fenômenos demográficos: declínio das taxas de natalidade e o envelhecimento da população, contribuindo para o crescimento das condições crônicas de saúde na população.

Esta realidade, no Brasil, tem provocado, nos últimos anos, a mobilização de setores organizados da sociedade que defendem a reforma sanitária brasileira para uma mudança no modelo de atenção à saúde, saindo da lógica de investimentos prioritários em ações e serviços hospitalares e de pronto atendimento. Os esforços passam a ser dirigidos para a Promoção da Saúde, que tem a atenção primária como porta de entrada para os serviços de saúde pública, com foco em medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao mesmo tempo, vê-se o Estado brasileiro buscando implementar políticas públicas que reduzam a miséria e a fome por meio de projetos como, por exemplo, o Bolsa-Família, um dos dispositivos do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) definiu pela ampliação de investimentos na cobertura da atenção primária por via da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O modelo da ESF prevê a contratação, pelos municípios, de equipes de saúde compostas minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde para cuidar de um determinado número de famílias por território. Por sua grande complexidade, as ações dessas equipes acabaram por exigir a contribuição de outros profissionais da saúde, organizando uma estrutura de apoio matricial, hoje referendada e ampliada pela portaria nº 154/08 do Ministério

da Saúde, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em todo o território brasileiro.

Os psicólogos têm participado desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Hoje, seu papel amplia-se, passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis.

Compartilha-se o saber da Psicologia com outros profissionais e com as comunidades. Diversas práticas são utilizadas pelo psicólogo, entre elas o recurso complementar da Acupuntura, dentro das práticas integrativas e complementares contempladas pela portaria que implanta o Nasf.

Restam, contudo, muitas dúvidas sobre o trabalho dos Nasfs e do psicólogo:

- A equipe dos Nasfs atua como formuladora de soluções às questões apontadas pelas equipes de saúde da família, auxiliando em sua implementação, ou atua como uma espécie de ambulatório especializado? Ou ambos? Como estabelecer esses limites?
- Quais modelos de atenção nortearão as práticas em saúde nos Nasfs? Como o Nasf se articulará à rede de saúde? Quais as referências básicas para atuação do psicólogo nas equipes do Nasf, garantindo o cuidado co-responsável entre profissionais de Nasf e ESF?
- Como enfrentar as contratações precárias que já se tornaram comuns nas equipes de saúde da família, ampliando-se agora para outras profissões da atenção primária?
- Como mobilizar os psicólogos nas diversas regiões do país para, junto com outros profissionais que compõem as equipes do Nasf, refletir sobre essas e outras questões, buscar a qualificação permanente da prática, construir diretrizes para a implementação e realização de um trabalho adequado na atenção primária?

Todas essas questões e muitas outras levaram o Sistema Conselhos de Psicologia a organizar o Seminário Nacional sobre a participação da Psicologia nos Nasfs, que aconteceu em Brasília, DF, nos dias 3 e 4 de julho de 2008, com o objetivo de propiciar reflexão inicial com a categoria

para qualificar sua prática e o fortalecer seu compromisso com políticas públicas saudáveis.

Esta publicação é resultado de um esforço de sistematização dos debates ocorridos neste encontro e contou com importante contribuição dos palestrantes, que revisaram os textos transcritos, adequando-os ao formato escrito.

Espera-se que o Sistema Conselhos possa contribuir para a consolidação deste novo cenário no Brasil e para a qualificação das práticas, com referências para as reflexões dos psicólogos que, diariamente, fazem esta construção.

Conselho Federal de Psicologia

Sumário

1. Abertura	17
1.1. Humberto Verona.....	17
2. Nasf: Concepções e Desafios.....	19
2.1. Berardo Augusto Nunan.....	21
3. A Prática da Psicologia no Nasf.....	31
3.1. Marcela Lucena	33
3.2. Henriette Mourão.....	43
3.3. Léo Barbosa Nepomuceno	49
4. Roda de conversa	61
4.1. Marta Elisabeth de Souza	63
4.2. Mirna Yamazato Koda	71
4.3. Marcelo Arinos.....	79
4.4. Maria Aparecida Crepaldi, Jadete Rodrigues Gonçalves e Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré	83
4.5. Nilson Gomes Vieira Filho.....	93
4.6. Márcia Rodrigues	99
4.7. Carlos Alberto Pegolo da Gama.....	103
4.8. Delvo Ferraz da Silva.....	111
4.9. Marcela Lucena.....	115
5. Considerações finais.....	119
5.1. Humberto Verona.....	120

Abertura

Este Seminário, uma iniciativa do Conselho Federal de Psicologia com a participação dos Conselhos Regionais, tem por objetivo discutir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e as Práticas da Psicologia.

O Ministério da Saúde, por meio da portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, autorizou a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que reunirão profissionais de diversas áreas no atendimento à população. A partir de agora, os municípios podem dar início ao projeto de criação do Nasf para atender a população local.

Os núcleos reunirão profissionais das mais variadas áreas de saúde, como psicólogos, médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuarão em parceria e em conjunto com as equipes do Saúde da Família

Neste novo cenário, realizamos este seminário com o intuito de construir conteúdo inicial formulado coletivamente para abrir o debate sobre o tema no Sistema Conselhos e também com as demais entidades da Psicologia.

Muitas experiências dos psicólogos e de outros profissionais da saúde já acontecem na atenção básica. Mas, com a proposta do Nasf, entendemos que este é o momento de partilhar experiências e conhecimento que foram construídos na atuação cotidiana, na busca do avanço na implementação desse nível de atenção que é foco importante da saúde pública.

A atenção básica é de grande complexidade, exige reflexão da prá-

tica e a construção de estratégias para responder às necessidades da população no território. Ocupa lugar articulador na saúde, como porta de entrada e como espaço de acompanhamento do percurso do usuário, do cidadão em todo o sistema da saúde.

A Psicologia espera contribuir com o Nasf como profissão articulada com outros saberes, para que esse tipo de atenção avance em sua qualidade e em sua capacidade de resolver questões, podendo oferecer à população usuária do SUS mudança importante que está acontecendo na lógica da saúde pública brasileira.

Humberto Verona
Presidente do Conselho Federal de Psicologia

Nasf: Concepções e Desafios

Berardo Augusto Nunan¹

É um prazer estar aqui representando o Ministério da Saúde, especificamente o Departamento de Atenção Básica em um evento importante organizado pelo Conselho de Psicologia, com a presença de profissionais e representações de todos os Conselhos Regionais para discutir os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que para nós representam uma estratégia extremamente importante do ponto de vista de qualificação da atenção básica e da melhoria da atenção à saúde, aos usuários do SUS e à população brasileira.

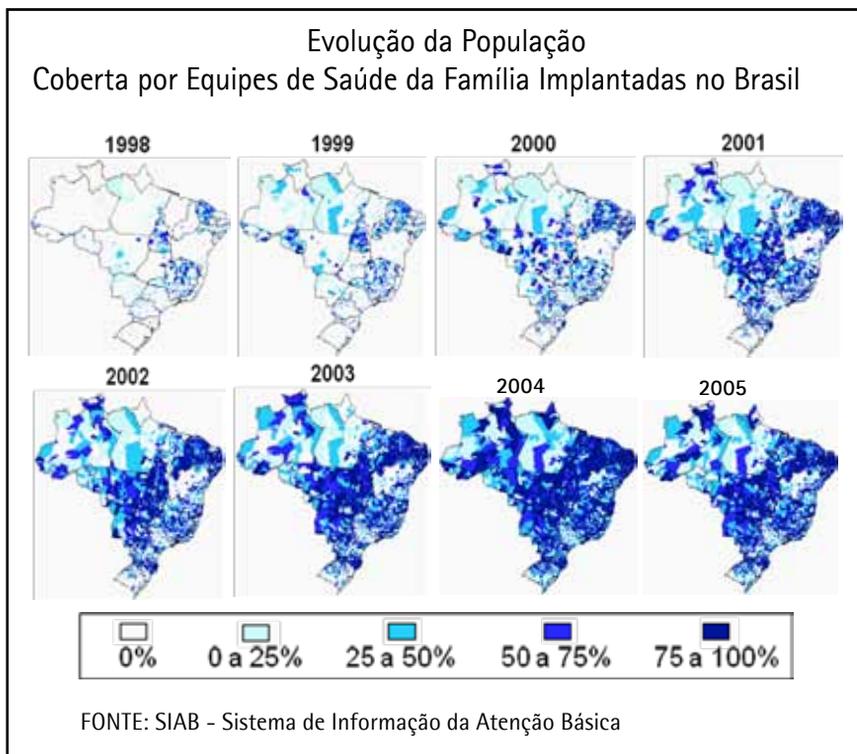
Espero trazer contribuições para que, por meio de vocês, consigamos promover a inserção da Psicologia na atenção básica, por meio do Nasf, da forma mais potencializada possível. Especificamente do ponto de vista da saúde, é de grande relevância a discussão da atuação da Psicologia e das demais profissões que atuam na saúde mental na atenção básica pela relevância alta desses problemas na saúde pública.

O Nasf apoia equipes de Saúde da Família (ESF), que são multiprofissionais e atuam o mais próximo possível da população. Cada ESF é composta por médico, enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ter agregada a ela uma equipe de saúde bucal com odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental. A organização da atenção primária por ESF, para o Ministério da Saúde, é a mais adequada para a mudança de um modelo de atenção voltado às necessidades da população, que respeite as características do território onde está inserida. As ações da equipe devem ser programadas de forma a atender as necessidades de saúde e resolvê-las. O que não for passível de solução no território da equipe deve ser encaminhado para outros serviços.

Essa prática generalista representa uma grande mudança de modelo. A atenção básica deixa de ser ofertada por meio de modelo fragmentado, fechado, médico-centrado, e passa a ser organizada por equipes compostas por clínico, ginecologista e pediatra. O modelo generalista

1 Assessor da diretoria do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, médico, especialista em medicina de família e comunidade e em políticas públicas e gestão em saúde.

comporta um médico generalista, a enfermagem generalista, além de outros profissionais que agora têm lugar específico.



Por fim, o Nasf apoia-se na orientação das redes locais de saúde pela atenção primária, a partir da ampliação de seu escopo de ações e do fortalecimento de sua capacidade resolutiva.

Há uma tendência internacional de experiências de sucesso que os sistemas de saúde organizados a partir da atenção primária alcançam:

A atenção primária em saúde proporciona equilíbrio entre as duas principais metas do Sistema Nacional de Saúde, que são melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos, reduzindo desigualdades.

Em 1991, teve início o Programa de Agentes Comunitários em Saúde, com base em experiências nacionais de alguns estados, especialmente do Nordeste. Mostrou-se como uma estratégia importante de

interlocução, de vínculo com a população e acesso à casa das pessoas, levando informações, estabelecendo comunicação e interação com a população na área em que vive.

Em 1993 aconteceu a criação do Programa de Saúde da Família, o PSF, que incorporou os agentes comunitários.

Atualmente há equipes da saúde da família em 5.180 municípios. A cobertura é de cerca de 90 milhões de habitantes, o que significa quase 50% da população. São essas as equipes que poderão ser apoiadas pelos Nasf.

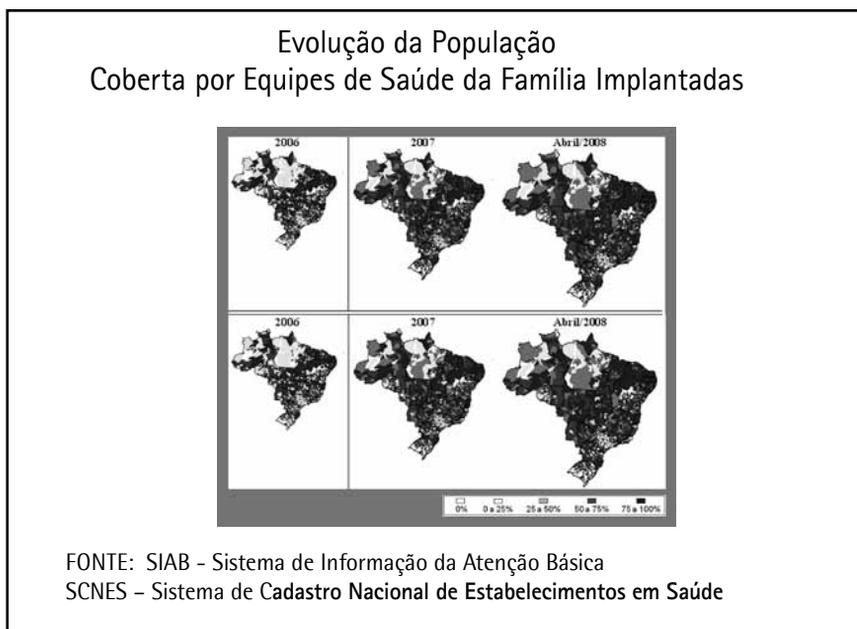
Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica é publicada em 2006 como revisão e atualização de toda a regulamentação existente até então, expressando a valorização da atenção primária e a consolidação da Saúde da Família como estratégia nacional.

- A Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família
- Fortalecimento do espaço político da atenção primária;
- Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade e responsabilização;
- Melhorias no financiamento e ampliação dos recursos na atenção básica;
- Definição do rol de responsabilidades de cada esfera gestora;
- Saúde da Família como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

A partir das mudanças, cresce e se amplia a cobertura, impondo-nos um grande desafio: a qualificação das equipes da atenção básica para que consigam trabalhar de forma a atingir os resultados esperados. Têm sido desenvolvidas diversas propostas em diferentes frentes, tais como cursos de especialização, residências em saúde da família, mudanças curriculares, incentivos específicos para integração das universidades e instituições de ensino com os serviços, aproximando os profissionais em formação dos serviços de atenção primária.

Além disso, uma estratégia fundamental é a implantação dos Nasf. Nesse momento é uma aposta central do Ministério da Saúde, da qual faz parte a Psicologia, além de outras áreas.



Os Núcleos de Apoio à Saúde de Família

Passemos agora a analisar a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Objetivo

Ampliar a abrangência e o alvo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Ações estratégicas

- Atividades físicas e práticas corporais voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças
- Práticas integrativas e complementares
- Reabilitação
- Alimentação e nutrição
- Assistência farmacêutica
- Serviço social
- Saúde mental
- Saúde da criança
- Saúde da mulher
- Saúde do idoso

Profissionais do Nasf

As discussões do Nasf tiveram início em 2003-2004, quando se chamava Naisf e era uma proposta de se constituir equipes específicas por áreas de atuação para apoiar a saúde da família. Seria um apoio matricial em saúde mental, constituído por psiquiatra, psicólogo e assistente social. Se o município quisesse apoio específico, por exemplo, em reabilitação, contrataria uma equipe específica com terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo. A outra equipe era de atividade física, com profissionais de educação física. Além dessas equipes, havia a possibilidade de inclusão de um núcleo central de alimentação, nutrição e assistência social.

Como ficavam equipes separadas, fechadas, o que dificultava a viabilidade de implantação por gestores de muitos municípios, se pensou em definir um elenco de profissionais dentre os quais o gestor pode escolher, de acordo com as prioridades epidemiológicas da população e a viabilidade local, contratando cinco desses profissionais para atuar na equipe do Nasf.

Há duas modalidades de Nasf: 1 e 2. A maioria dos municípios implementará o Nasf 1. O Nasf 2 é uma alternativa para municípios menores, com população dispersa.

Nasf 1 e Nasf 2

Assistente Social	
Profissionais de Educação Física	Médico Ginecologista
Farmacêutico	Médico Pediatra
Fisioterapeuta	Médico Psiquiatra
Fonoaudiólogo	Médico Homeopata
Nutricionista	Médico Acupunturista
Psicólogo	
Terapeuta Ocupacional	

Modalidades

Cada Nasf 1 deve realizar as suas atividades vinculadas a, no mínimo, oito e, no máximo, 20 Equipes de Saúde da Família.

Cada Nasf 2 realiza suas atividades vinculado a no mínimo 3 e no máximo 20 Equipes de Saúde da Família.

Em uma lógica e com base em uma relação de escala, de alvo, e também com base em várias experiências de municípios que tinham equipes matriciais, se concluiu que os profissionais de nível superior da atenção primária não inseridos em ESF não deveriam passar a integrar uma única equipe de saúde da família. Ao invés disso, deveriam atuar com carga horária de 40 horas, formando uma equipe de apoio às ESF. A proporção que se mostrou viável e com uma relação custo-efetividade razoável foi a de um Nasf para, pelo menos, oito ESF. Para um município ter oito ESF precisaria ter uma população de 20 mil habitantes. Como temos 80% dos municípios brasileiros com uma população menor que essa, eles não poderiam ter Nasf. Com isso, se abriu duas possibilidades:

Que os municípios vizinhos se juntem e contratem um Nasf. Algo difícil do ponto operacional e político.

Que os municípios pequenos e com baixa densidade demográfica possam ter o Nasf 2, que é uma equipe com três profissionais, observando que esses profissionais são não médicos. Isto porque normalmente os municípios já possuem médico, um generalista e se quer ampliar o apoio dos outros campos de conhecimento a essa equipe.

Financiamento

Nasf I

Incentivo para Implantação: R\$ 20.000 reais

Incentivo de Custeio: R\$ 20.000 reais/mês

Nasf II

Incentivo para Implantação: R\$ 6.000 reais

Incentivo de Custeio: R\$ 6.000 reais/mês

Processo de trabalho

- Os profissionais atuarão em parceria com os profissionais das ESF;
- Compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF;
- Apoio às equipes por meio de processos de educação permanente;
- Não se constituem como porta de entrada do sistema;
- Devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF;
- Os profissionais devem conhecer a realidade do território em que vive a população que está sob sua responsabilidade.

Além disso, é preciso conhecer quais são os condicionantes e fatores que interferem no processo saúde-doença (saneamento, meio ambiente, água tratada ou não, nível de educação) e o perfil epidemiológico (doenças, faixa etária da população). A partir desse conhecimento e da real necessidade da população é que a ESF trabalhará. A equipe do Nasf deve se aproximar para conhecer cada realidade e verificar quais são as necessidades de apoio dos profissionais da ESF. E assim ampliar a capacidade dos profissionais de atuar na comunidade para promover hábitos saudáveis de vida, prevenir doenças e identificar o mais cedo possível as doenças ali existentes, tratá-las, promover adesão ao tratamento e fazer com que as pessoas convivam bem com a situação de saúde presente. Isso se torna especialmente importante se consideramos a mudança do perfil demográfico

da população, que apresenta envelhecimento progressivo e aumento das doenças crônico-degenerativas.

Tudo isso é uma tarefa árdua para profissionais da Saúde da Família que, muitas vezes, trabalham em territórios populosos, junto a populações com muitas necessidades e que têm problemas não relacionados somente à saúde, mas também problemas sociais muito graves, que geram uma demanda grande para esses serviços. E nem sempre é possível lidar com essas demandas, pois não basta identificá-las, fazer um diagnóstico e prescrever um medicamento. É preciso uma intervenção mais ampla, mais abrangente junto à família, para que se entenda o processo de adoecimento, se apóie a pessoa, obtendo apoio no cuidado do indivíduo.

Esse é o papel central dos profissionais do Nasf: dar suporte aos profissionais das ESF para que tenham condições de realizar ações relacionadas ao campo do conhecimento das diversas áreas incluídas no Nasf. Identificar demandas de qualificação profissional das ESF, definir em conjunto com a gestão e com as ESF os protocolos e fluxos de encaminhamento para o atendimento, individualizado ou em grupo, da demanda referenciada.

Então, as vertentes do trabalho dos profissionais do Nasf são:

- a. Atuar junto às equipes para qualificá-las e ampliar suas capacidades de realizar ações em áreas como saúde mental, atividades físicas, assistência social e todas as demais;
- b. Receber a demanda que não é de atribuição das ESF, planejar projetos terapêuticos para acompanhamento conjunto dos casos. Essa ação não pode ser confundida com os processos de referência e contra-referência vigentes. É uma retaguarda próxima que deve trabalhar por meio da integração entre as ESF e as equipes do Nasf.
- c. O Nasf não pode se constituir como porta de entrada. A equipe de Atenção Básica à Saúde da Família é que receberá a demanda e, se necessário, acionará o apoio profissional do Nasf.

Ações dos psicólogos no Nasf

São ações de Saúde Mental: atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de com-

bate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

Desafios Cotidianos

- Articular saberes e práticas;
- Atuar de forma transdisciplinar;
- Atuar considerando a diversidade e integralidade;
- Promover ações de educação continuada;
- Romper com a lógica de referência e contra-referência

A Prática da Psicologia no Nasf

Marcela Lucena¹

O tema em questão será abordado a partir de uma experiência profissional no campo da saúde mental, ora como gestora, ora como profissional junto às Equipes de Saúde da Família (ESF).

Destacarei aqui a experiência vivenciada na cidade do Recife a partir do Projeto Ação Avançada em Saúde Mental. No primeiro momento, meu trabalho se deu formulando, planejando e discutindo o desenho dessa proposta junto aos profissionais de saúde mental. No segundo momento, no ano de 2006, atuei como profissional de ponta, realizando o matriciamento de sete Equipes do Saúde da Família.

Na etapa da vivência prática (segundo momento), o projeto já não tinha investimento tão grande, como anteriormente, por parte da gestão municipal e estava acontecendo de forma diferente no município, de acordo com os profissionais e as concepções vigentes em cada Distrito Sanitário. No Distrito Sanitário VI, especificamente, local em que foi feito o trabalho, havia um grupo de profissionais composto por assistentes sociais, psiquiatras e psicólogas que compartilhavam de determinada concepção e forma de intervenção. Era ligado a um Caps III, o David Capistrano, e tinha um desenho de intervenção que era um pouco diferenciado dos demais Distritos.

A metodologia do trabalho caracterizava-se da seguinte forma: cada técnica da ação avançada tinha a responsabilidade de realizar o apoio em saúde mental a um determinado número de equipes de Saúde da Família no território. Eu, por exemplo, matriciava sete equipes.

O Caps III era o lugar de reuniões e articulações, porém, o trabalho era volante, circulando no território das ESF.

No início do trabalho, existiam situações bem diferentes em relação à abertura das ESF para as questões de saúde mental:

- Equipes que apresentavam receptividade e abertura para o trabalho neste campo;
- Equipes que rejeitavam qualquer possibilidade de atuação nesta área;

1 Psicóloga e Sanitarista com Especialização em Psiquiatria Social. Atualmente mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco e Gerente de Atenção à Saúde Mental do Estado de Pernambuco.

- E equipes que, a princípio, apresentavam disponibilidade, mas, rapidamente quando constatavam que a proposta não se baseava no repasse da demanda de saúde mental e sim em compartilhamento de responsabilidades, mostravam-se resistentes ao projeto.

Para explicitar de forma mais clara esta vivência, seguem citações de alguns autores e a discussão do tema na perspectiva da saúde mental.

Considerações iniciais

- A pesquisadora entende que fazer a discussão da Estratégia Saúde da Família, da inserção e do apoio do Nasf é, essencialmente, incorporar a questão da complexidade na atenção básica. Isso é uma abertura de campo, tendo o apoio matricial como uma via.
- O acúmulo da saúde mental para a proposta do Nasf é importante. O Nasf torna-se um instrumento que possibilita a expansão dessa proposta, a viabilização, inclusive financeira, mas, entende-se que já há uma prática instituída em diferentes lugares, antes mesmo da portaria. Não é uma prática suficiente, porém, traz acúmulo e possibilidades de problematização. Além da saúde mental, sabe-se que a reabilitação baseada na comunidade, desenvolvida pelos colegas de fisioterapia, também traz algumas contribuições.
- O grande desafio para discussão desse tema é construir referências e, ao mesmo tempo, fazer um movimento de deslocamento do campo específico da psicologia para uma dimensão coletiva (com as outras áreas), desencadeando uma prática integrativa, interativa e dialógica – interdisciplinaridade.

Fundamentos da Prática

Utilizarei aqui as idéias e concepções trabalhadas por Gastão Wagner para explicitar o que chamamos fundamentos da prática, tomando o apoio matricial como eixo.

Assim, pode-se entender como apoio matricial "arranjo organizacional e metodologia para gestão de cuidado que consiste em assegurar retaguarda especializada a equipes/profissionais encarregados de aten-

ção a problemas de saúde”. Com isso, podemos destacar duas ideias que consideramos produções desse apoio:

- Suporte técnico – pedagógico;
- Geração de conhecimento e de competência no território.

Atuar nesta perspectiva implica:

- A existência da equipe de referência, responsável pelo acompanhamento longitudinal, que trabalha com a clientela adscrita, o manejo de cadastro, o território de forma mais intensiva;
- O grupo de apoiadores que dá suporte à equipe de referência, na construção das respostas, em determinado campo, em um território.

Atrelados a esta metodologia de intervenção, é preciso destacar alguns elementos essenciais para o desenvolvimento do trabalho no território:

- Interdisciplinaridade.

Recorrendo ao autor acima citado, podemos trabalhar essa concepção a partir das idéias de núcleo e campo.

- Núcleo, com encargos e saberes voltados para a identidade profissional;
- Campo, como aquelas atribuições e conhecimentos a serem agregados ao núcleo em determinado contexto para a resolução de problemas.

A maior parte do cuidado é demanda do campo. Por isso falamos da necessidade de deslocamento da área específica da psicologia, visando à construção de um projeto coletivo.

- Intersetorialidade, na perspectiva da construção da rede de apoio social. Sabemos que a Psicologia Comunitária tem muito a nos dizer sobre esse tema.

- Clínica ampliada, pensando o olhar e a intervenção na perspectiva da complexidade, incorporando a questão da singularidade e a integração das várias dimensões: social, biológica e subjetiva.

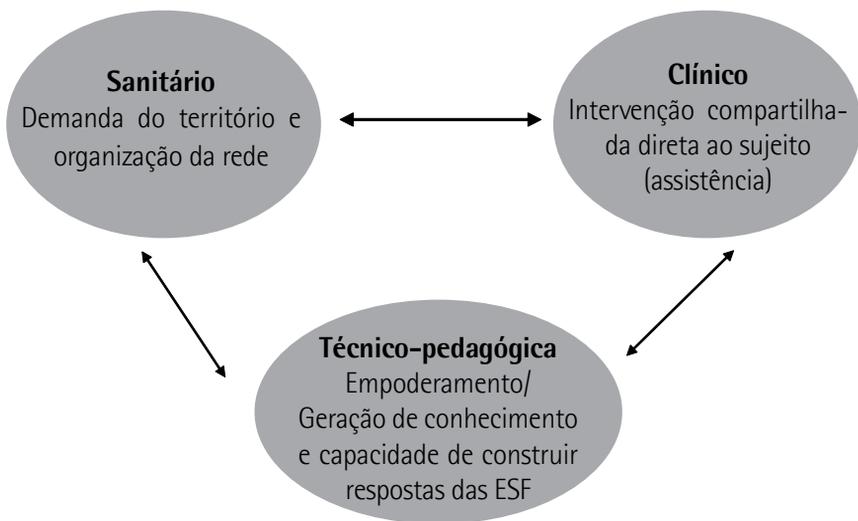
Referências

A partir das reflexões aqui apontadas e de uma experiência particular, entende-se que as referências para a prática da psicologia junto ao Nasf devem, entre outras, incorporar três ideias básicas:

- *Construção de respostas no território*, viabilizando projetos de intervenção a partir de uma ação específica (de uma determinada área) ou mediante a potencialização da rede (dos recursos formais e informais). Uma intervenção que vai sendo desenhada de forma processual, a partir de estratégias desencadeadas para resolver os problemas da comunidade, ora dentro do próprio território das Equipes do Saúde da Família e ora acionando outros dispositivos da rede mais especializados, como policlínicas, Caps, outros serviços e setores além da saúde.
- *Compartilhamento de responsabilidades*, ou seja, o estabelecimento de relação de responsabilidade e co-responsabilidade na formação do cuidado em saúde, quebrando a formalidade do sistema hierarquizado e diluindo a relação referência e contra-referência no sentido de repasse de responsabilidades, dos tradicionais encaminhamentos.
- *Trabalho de via dupla*. A saúde mental tem suas prioridades e demandas, mas a atenção básica possui outras questões para além do campo e, nessa dimensão, é preciso dialogar e negociar essas demandas para efetivar uma pauta de trabalho comum.

Desenho da Intervenção

Pode-se então sugerir, a partir da nossa compreensão/ experiência e baseado na construção teórica de Gastão Wagner, um desenho metodológico que perpassa pela intervenção sanitária – clínica e técnico-pedagógica:



Nessa perspectiva, alguns indicadores operacionais nortearam a experiência prática que fundamenta este relato, dos quais, podem ajudar na discussão da prática da psicologia e o Nasf:

1. *Negociação da demanda prioritária combinada entre a saúde mental e a atenção básica* respeitando os tempos das equipes do Saúde da Família: envolvimento, sensibilidade, possibilidades de cada equipe. O contexto e o momento de cada equipe exige negociação para o desenrolar do trabalho.

Como exemplo, uma experiência bastante emblemática: tratava-se de uma ESF que, do ponto de vista da formalidade, aceitava propostas, mas havia um clima de desconsideração. As pessoas faziam piadas: "os loucos, os drogados..." quando discutíamos dadas demandas da comunidade. Reclamavam, diziam que tinham muito trabalho, muitos problemas que precisavam de encaminhamentos. Com isso, percebeu-se que era muito pesado para aquela equipe enfrentar determinadas demandas. Houve a inversão do debate, na tentativa de priorizar as questões da equipe e não da saúde mental. Como surpresa, então, apareceu a insatisfação com a situação de mulheres que iam até a unidade para pegar a

receita do diazepam. Com isso, surgiu da própria equipe a idéia de formar um grupo de mulheres que usavam benzodiazepínicos com a intenção de pensar a desmedicalização.

Houve a participação nesses grupos, ajudando a desenvolver a metodologia e, depois, a equipe, formada por médica, enfermeira e algumas agentes de saúde, assumiu sozinha. Esta negociação do trabalho abriu espaço para um maior envolvimento da ESF e algumas parcerias começaram a ser desenvolvidas de forma mais efetiva.

2. *Intervenção perpassando pela prática cotidiana das equipes do Saúde da Família*, respeitando o trabalho de cada uma. Isso provocava um agendamento periódico de reuniões, semanal ou quinzenal, com flexibilidade para mudanças, dependendo das demandas e necessidades de cada equipe. Nesses encontros aconteciam:

- Discussão de casos;
- Atendimentos conjuntos;
- Articulações de recursos comunitários;
- Discussão de temas clínicos, de saúde ou de gestão do sistema;
- Construção de projeto terapêutico singular.

É uma tendência das ESF, por influência do modelo biomédico, buscar uma resposta imediata para os problemas encontrados na comunidade a partir de uma única intervenção, muitas vezes a medicalização. Com isso, diante dos vários casos, foi preciso por várias vezes complexificar - retomar a história do sujeito, avaliar as variáveis, identificar os principais problemas, localizar as articulações necessárias - para construção de uma resposta mais efetiva. Esse processo ajudava na desconstrução da tendência de simplificar as intervenções frente à complexidade do sofrimento das pessoas. Claro que, ao pensar em cada caso, guiava-se sempre pelo tempo - o que era da ordem do imediato, curto e médio prazo no que se refere às questões eleitas para o trabalho terapêutico.

Para melhor explicitar esse indicativo, há a vivência que se deu junto a uma ESF, com envolvimento parcial dos profissionais - apenas da enfermeira e agentes de saúde, tendo grandes dificuldades com a médica.

Chega à equipe uma demanda da comunidade, de internação de um

rapaz de 25 anos, que teve uma crise e voltou para a rua de sua infância, se instalando em frente à casa que morou quando criança. A ESF nos articula, referindo que tentou abordar as pessoas da rua, os vizinhos, mas ninguém quis falar. Diziam que o rapaz era agressivo, que ficava próximo a uma escola e que todos estavam preocupados. Queriam que a equipe de saúde mental resolvesse o problema internando o moço.

Então, buscou-se entender melhor e voltou-se várias vezes à rua, junto com a ESF, para tentar desconstruir a primeira demanda de solução imediata, que significava a internação. Depois de conversas com os vizinhos, uma família aceitou deixá-lo dormir na garagem e dar as refeições. Foi criada uma rede de cuidado na própria rua.

Paralelamente, trabalhou-se o rapaz para que ele pudesse aceitar o cuidado. A família cuidadora começou a administrar também os remédios. Foi possível, a partir dessa última, rastrear a família de origem. O caso acabou indo parar no Ministério Público. Por quatro meses o atendimento foi na rua. Depois houve uma quebra devido a rompimento de acordos existentes, como o de horários, que foram feitos para que a família pudesse dar uma retaguarda para o rapaz. Neste período foi perdido o que havia se construído e poucos meses depois, por meio do trabalho de uma outra técnica, do Distrito Sanitário, foi possível resgatar o rapaz que se encontrava na rua e sem apoio da sua família de origem, iniciando o cuidado dentro do Caps III. Esse usuário atualmente frequenta o serviço quinzenalmente e passou a morar com um irmão, que assumiu o seu tratamento.

Foi uma ação que demandou desmontar o pleito existente, criar outra demanda, trabalhar potencializando a rede informal (vizinhança) e formal: envolvendo o Ministério Público, em determinado momento a urgência/emergência, o Caps III e a própria ESF. Vale ressaltar que a médica dessa equipe até esse caso não se envolvia com as questões de saúde mental.

3. Realizando *pactos* em relação a casos complexos e situações que demandavam rapidez, apostávamos em fluxos diretos e ágeis de comunicação que sustentavam a parceria. Também havia pactos pré-estabelecidos. Exemplo: na saúde mental havia pessoas com transtornos psíquicos graves, acompanhadas dentro da comuni-

dade. Então, foi combinado que nesses casos haveria atenção mais diretiva e intensiva. Assim, um determinado usuário, com muita dificuldade de ir ao serviço e que morava sozinho, demandava cuidados especiais da agente de saúde que residia próxima à casa dele. Quando acontecia algum problema, como o fato da comunidade querer interná-lo em um momento crítico de suas crises, à noite ou final de semana, havia comunicação por meio de ligações telefônicas para a equipe, e, dependendo do momento, o Caps III era acionado para fazer algum tipo de intervenção. Esses pactos, em relação a alguns casos, quebravam o protocolo formal das atividades e dos fluxos de comunicação, atendendo a necessidades específicas e usuários com maior grau de vulnerabilidade.

4. *Deslocamento pontual de alguns especialistas.* Mesmo indo como profissional de saúde mental, me deparava com demandas para as quais não tinha experiência clínica suficiente para a intervenção. Era necessário negociar com colegas que trabalhavam em outras unidades especializadas para algum tipo de apoio pontual junto às ESF - uma rede em movimento.

Lembra-se, neste caso, de uma equipe muito envolvida, cuja médica tinha uma preocupação: havia uma queixa constante de algumas mães dizendo que seus filhos não aprendiam. Solicitavam "exame de cabeça" continuamente.

Então, deslocou-se uma psicóloga que tinha boa experiência clínica com crianças para que, junto conosco, pudesse fazer oficinas em que participavam em média 15 mães e nas quais se conversava sobre as relações pais e filhos e se dava algumas orientações. A partir dessas oficinas se observou que quatro situações precisavam de um olhar diferenciado. Houve, com a ESF, discussão sobre esses casos, pensando para eles estratégias diferentes. Eram situações que demandavam um trabalho maior com as famílias – envolviam alcoolismo, violência intra-familiar e pobreza extrema, a equipe discutia esses contextos como uma condição para o desenho da intervenção.

A demanda, antes dessa prática, era para que toda criança que chegasse com problema fosse imediatamente encaminhada ao ambulatório

especializado de psicologia. Com essas ações, mostrou-se que, de fato, existiam situações que necessitavam ser encaminhadas à psicoterapia mas que, anteriormente, era necessário esgotar as possibilidades no território. Novamente, demandas postas, já dadas, foram desconstruídas.

Reflexões

- O trabalho junto às Equipes do Saúde da Família é um processo de cada equipe, uma construção que depende do contexto. Rabalhou-se com uma demanda inversa, pois existe previamente uma situação posta e as equipes sentem dificuldades. Mas, mostrou-se que é possível e importante caminhar em outro sentido, não atendendo a demanda imediata.
- À medida que as equipes se apropriavam do tema, dos problemas, iam trazendo e assumindo situações mais complexas. A princípio as situações eram aparentemente simples, mas, com o enfrentamento de um caso e de outro, e de mais uma situação, parece que se aguçavam a escuta e o olhar. E as demandas mais complexas surgiam, eram assumidas e enfrentadas.

A segurança de ter uma referência, uma retaguarda (o apoio da saúde mental) produzia certa ousadia por parte das equipes para trabalhar as situações. Quando precisavam, ligavam e o apoio estava lá. Quando havia uma agenda, cumpria-se a agenda; no momento em que surgia um problema e buscava-se conjuntamente uma solução. Dava-se segurança às equipes e com isso, elas ousavam mais. Entretanto, estar nesse lugar de apoiador também é muito difícil.

- Muitas vezes encontra-se em situações nas quais não se sabe como agir. Era a equipe solicitando, a comunidade cobrando e não se sabe por onde começar, que respostas dar. Isso é construção.
- Um problema sério é o da descontinuidade. Ocorre grande rotatividade dentro do Programa Saúde da Família. Começa-se a construir um processo, sai o médico, ou sai enfermeira. Também há a descontinuidade do ponto de vista político. À medida que as gestões mudam, se altera a forma de conceber o projeto e isso traz implicações diretamente para sua execução.
- O desafio do trabalho em campo desprotegido e em vários set-

tings. Na saúde mental avançou-se muito, mas os Caps e os ambulatórios ainda são lugares protegidos. Antonio Lancetti discute bem isso em suas análises. No território deve-se trabalhar com o inesperado.

- As equipes demandavam também que houvesse cuidados com elas, que houvesse ajuda no processo de trabalho, pois tinham muitas questões. Isso cruzava com um processo de demandas que não havia como responder, que era a questão de gestão de pessoas onde a política de recursos humanos mostrava-se, muitas vezes, dura e burocrática.

As questões estruturais da Estratégia do Saúde da Família configuram-se como um ponto também a ser debatido: uma lógica bastante ousada e ao mesmo tempo uma exigência baseada na produção: um número x de atendimentos no final do mês. Muitas vezes era enlouquecedor para algumas equipes passar uma tarde escutando, fazendo grupo, realizando uma intervenção diferenciada frente a uma meta de atendimentos da unidade a ser cumprida no final do mês. Essa é uma grande contradição estrutural.

A princípio, são esses aspectos que se gostaria de trazer para discussão e aprofundamento do tema em questão e espera-se que possam ser melhor explorados no debate a ser realizado.

Henriette Mourão¹

Muito obrigada pelo convite e pela oportunidade de compartilhar com vocês nossa experiência implantada no ano de 2005, em Ribeirão das Neves, município de 330.000 habitantes, situado a 32 km da capital mineira, e que compõe a região metropolitana de Belo Horizonte.

O município foi dividido em cinco regiões sanitárias e a experiência que vamos agora relatar foi implantada na região sanitária II, conhecida como região do Veneza.

A região II localiza-se às margens da BR 040 e compreende um total de 20 bairros, com população estimada em 88.000 habitantes. Como dispositivos de saúde, possui dez Unidades de Saúde da Família, uma Unidade Básica de Referência, um serviço de Saúde Mental, um serviço de Saúde Bucal e oito pontos de apoio da Zoonoses.

A área coberta por Unidades de Saúde da Família, conforme dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), é de 35 mil habitantes e a área descoberta é de 53 mil habitantes.

Observa-se na região alto índice de pobreza e marginalidade social. A população é privada de bens materiais e culturais e vive carências de toda ordem. Os dispositivos culturais ou de lazer são inexistentes e a manifestação de condutas violentas é extremamente comum até mesmo dentro das unidades de saúde. As grandes demandas e exigências nas unidades são pela consulta médica e pela medicação. Os usuários apresentam-se com baixa noção de direitos e responsabilidades e pouco disponíveis às intervenções de promoção de saúde.

O Serviço de Saúde Mental (Ambulatório "Clara Mente") da região II encontrava-se superlotado antes da implantação do matriciamento. Em torno de 80% de seus pacientes apresentavam transtornos mentais leves. As agendas da psiquiatria estavam com retorno marcado para cada quatro meses e os psicólogos que faziam atendimento individual, com agenda fechada, meia hora para cada paciente, seis pacientes por turno. O atendimento em grupo era compreendido como estratégia para esgotar

1 Psicóloga, Supervisora de Saúde da Região Sanitária II - Compôs a Equipe Matricial de Saúde Mental por ocasião de sua implantação no município de Ribeirão das Neves - MG

demanda e a alta ao paciente era entendida como abandoná-lo à própria sorte, uma vez que não se tinha para onde referenciá-lo. Era próprio do serviço ambulatorial a equipe multiprofissional trabalhar de forma desarticulada, cada um "dono" de seu paciente. As intervenções estavam restritas à medicalização e a ações que não esgotavam a demanda, as agendas superlotadas nem as filas de espera.

Diante de tal realidade houve a vontade de repensar o que fazer para superar o cenário pouco resolutivo e que se mantinha institucionalizador, e a prática que continuava reforçando a idéia do serviço de saúde mental enquanto lugar da cura e da medicalização de doença social ou de sofrimentos comuns à vida cotidiana.

O impasse a que se chegou exigiu posicionamentos e o repensar da nossa prática. Intervenções de impacto e de maior significado se faziam necessárias. Teve início a construção e "invenção" de outras formas de fazer, para além da segurança dos consultórios, do atendimento individual e da medicalização.

Abraçou-se a proposta de matriciamento entendendo e acreditando que esta é uma saída possível. Implantar a Equipe Matricial representou, no primeiro momento, uma ousadia, no sentido de abraçar uma proposta que implicava em mudança de paradigma, de posturas, que gerava resistências, que frustrava mais do que atendia.

A implantação da proposta se deu por etapas. Num primeiro momento, em outubro de 2005, aconteceram reuniões com as equipes de saúde da família para as apresentações mútuas, discussões e construção da proposta. Esta "prévia" foi necessária uma vez que o que estava sendo proposto era a "desconstrução" do ambulatório, com a grande maioria de seus pacientes a serem referenciados à atenção primária. Os casos avaliados como de maior gravidade deveriam manter-se no serviço de saúde mental.

Esta primeira etapa de apresentações mútuas, reuniões, visitas, mutirão de reavaliação de pacientes e de prontuários teve duração de quatro meses. E, em março de 2006, demos início à segunda etapa da implantação com a equipe matricial iniciando seu trabalho de campo atuando junto a e com as unidades de saúde da família. Saímos dos consultórios e fomos a campo.

O referenciamento dos pacientes do "recém desconstruído ambulatório" foi realizado e previsto de forma que o usuário, ao chegar à unidade, já pudesse contar com a equipe matricial para o suporte necessário à equipe de saúde da família na condução do caso.

Assim, o Matriciamento de Saúde Mental tem como proposta levar o saber do especialista – psicólogos e psiquiatras – até as Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de:

- Capacitar as equipes de estratégias de saúde da família para a escuta, acolhimento e manejo, no território, dos usuários em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), usuários em situação de risco psicossocial e casos novos identificados pela equipe;
- Discutir e capacitar as equipes de saúde da família para o manejo dos casos reativos às adversidades da vida que, em sua maioria, não necessitam de intervenção medicamentosa, de forma a não legitimar como doença um mal estar que é inerente ao ser humano;
- Acolhimento conjunto de psicologia e saúde da família aos casos que demandem esclarecimento;
- Discussão conjunta, matricial e equipe de saúde da família, dos casos clínicos que demandem atenção especializada;
- Visita domiciliar conjunta, matricial e equipe de saúde da família, após discussão clínica;
- Capacitação das equipes para a realização, na unidade de saúde e na comunidade, de grupos de reflexão com foco na promoção de saúde, não centrados na doença;
- Avaliação conjunta, pelo psiquiatra e generalista, da medicação em uso e ajuste conforme necessidade;
- Contribuir nas discussões, reflexões e ações de promoção de saúde junto às equipes de saúde da família e comunidade para o fortalecimento da proposta de mudança de modelo de assistência em saúde preconizado nas Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Promoção de Saúde, bem como as reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Como principais causadores de dificuldades para o desenvolvimento destas ações, destacam-se as resistências detectadas em algumas equipes de saúde da família em assumirem a co-responsabilização pelos casos clínicos, considerados até então como de exclusividade da Saúde Mental. Foram encontradas equipes de saúde sobrecarregadas de tarefas e sufocadas pela demanda por consultas e atendimentos da clínica geral e, neste contexto, a proposta do matriciamento em saúde mental é entendida como uma exigência a mais, para além das competências da Estratégia de Saúde da Família. Esta realidade exigiu e ainda exige do profissional da saúde mental enorme capacidade de articulação e trabalho constante de mobilização e sensibilização da equipe de saúde da família.

Entende-se que fazer matriciamento é levar às unidades de saúde da família o saber especializado e fazê-lo circular. A ênfase sempre foi, e continua sendo, em "bater na tecla" de que a presença da saúde mental nas unidades de saúde da família não é para o atendimento agendado unicamente para o especialista. O fazer precisa ser compartilhado e busca-se, com muita insistência e dificuldade, evitar qualquer enfoque medicalizante, psicologizante ou psiquiatrizante. Deve-se insistir no fazer coletivo e compartilhado, entendendo que o especialista não é um membro da equipe de saúde da família. O risco de se desvirtuar a proposta e de voltar ao antigo, conhecido e seguro modelo ambulatorial é grande caso a missão e objetivos não estejam bem claros e em constante acompanhamento e avaliação.

Chegou-se aos 30 anos de luta pela Reforma Psiquiátrica e continua a constante luta pela consolidação da Reforma Sanitária. Ao discutirem-se políticas de saúde para a atenção primária, políticas de saúde mental ou matriciamento, continua-se falando de reforma, de mudança de modelo, de mudança de paradigma. Constrói-se o novo, inventando saídas, inventando fazeres. Mudanças geram resistências e voltar ao antigo e conhecido é sempre mais fácil.

Há o entendimento e a proposta para que os Nasf tenham a mesma lógica do matriciamento em saúde mental. Matriciar é realizar intervenções coletivas, discussões conjuntas, atendimentos compartilhados, articulações intersetoriais. Esta é a base, o alicerce da nossa prática; é o que propomos para o matriciamento de ginecologia, já implantado na região sanitária II do município de Ribeirão das Neves (MG), e a proposta para os futuros Nasf.

Atualmente, três anos depois da implantação do matriciamento de saúde mental na região sanitária II, na reflexão sobre onde se está e o que foi alcançado, pode-se afirmar que os ganhos são significativos e ainda existem muitas dificuldades. Considera-se de fundamental importância uma proposta bem desenhada, com missão e objetivos bem definidos, com norte e trilhos a serem seguidos. Mesmo com as mudanças ocorridas na saúde mental após realização de concurso público e com os remanejamentos necessários que se seguiram; mesmo com a grande rotatividade de profissionais médicos nas equipes de saúde da família, a proposta de matriciamento de saúde mental na atenção primária se mantém também por ter sido assumida tanto pela gestão quanto por profissionais que insistem em acreditar que a mudança é possível. Para quem está em campo, fazer matriciamento é sempre fazer o novo e fazer de novo, conciliando algumas doses de frustração com o sabor do desafio.

Léo Barbosa Nepomuceno¹

Trago aqui um pouco de minhas experiências vividas na interface entre a Psicologia e a Saúde Pública. Parto, portanto, de um conhecimento que está no âmbito, digamos, do encarnado, do visceral, de uma experiência prática e de reflexões teóricas tecidas sobre esta. Desde que me formei, ingressei no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

A Saúde Pública, para mim, veio a se configurar como um convite a aprofundamentos, a uma busca de construir conhecimentos e, sobretudo, a uma inserção profunda e comprometida na realidade de nosso povo. O NasfNasf é mais um convite, um chamado à Psicologia, um desafio colocado aos psicólogos (e a outros profissionais de saúde) para contribuir efetivamente na construção da saúde no Brasil.

Com as reflexões que trago aqui, relato direta e indiretamente experiências vividas, enquanto psicólogo, trabalhador e pesquisador, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do SUS. Falo de minha participação, enquanto psicólogo-residente, na V Turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em Sobral, no Ceará, de maio de 2005 a março de 2007. Nessa experiência, trabalhamos no modelo de Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (Naisf)².

A implementação dos Naisf fora realizada em Sobral como modo de organização do trabalho dos profissionais da RMSF, o que se refletiu na organização de equipes multiprofissionais de apoio às equipes da ESF no município.

A área de abrangência de cada equipe multiprofissional de Naisf era de 8 a 10 equipes de Saúde da Família, semelhante à área de abrangência mínima dos atuais Nasf.

1 Psicólogo. Mestrado em Psicologia na Universidade Federal do Ceará. Especialista com Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú de Sobral (CE).

2 Inspirando-se na Portaria do Naisf nº 1065/GM de 04 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, que foi publicada em um dia e refogada no outro. Tal portaria do Naisf já revelava a vontade do Ministério da Saúde de ampliar e fortalecer a integralidade das ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família do SUS.

Falo aqui, também, de pesquisa qualitativa que realizei, em 2007, junto a Psicólogos em RMSF em Sobral, São Paulo, Florianópolis, Rio de Janeiro. Intitulada *Contribuições da Psicologia para Intervenção Social na Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma caminhada*, essa pesquisa investigou as ações desenvolvidas por psicólogos inseridos na ESF, destacando a relevância do trabalho social e comunitário que desenvolveram. Nesse relato, falo também a partir de minha experiência de docência e supervisão assistencial no Projeto de Extensão Liga de Saúde da Família, de agosto de 2007 a março de 2008, em Fortaleza, bem como nas VI e VII Turmas do Programa de RMSF de Sobral, desde junho de 2008.

A área de abrangência de cada equipe multiprofissional de Naisf era de oito a dez equipes de Saúde da Família, semelhante à área de abrangência mínima dos atuais Nasf.

Falo aqui, também, de pesquisa qualitativa que realizei, em 2007, junto a Psicólogos em RMSF em Sobral, São Paulo, Florianópolis e Rio de Janeiro. Intitulada *Contribuições da Psicologia para Intervenção Social na Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma caminhada*, essa pesquisa investigou as ações desenvolvidas por psicólogos inseridos na ESF, destacando a relevância do trabalho social e comunitário que desenvolveram. Nesse relato, falo também a partir de minha experiência de docência e supervisão assistencial no Projeto de Extensão Liga de Saúde da Família, de agosto de 2007 a março de 2008, em Fortaleza, bem como nas VI e VII Turmas do Programa de RMSF de Sobral, desde junho de 2008.

Contextualizando o desafio no SUS

O SUS coloca aos trabalhadores do campo saúde o desafio de concretizar seus princípios doutrinários e organizativos¹ no processo cotidiano de trabalho dos serviços de saúde. A missão é lutar para a efetivação de tais princípios. E a concretização destes vai se refletir em novos modos de ver e construir a nossa sociedade, em novos modos de construção

1 Princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade. Princípios organizativos: regionalização, descentralização político-administrativa e participação popular no controle social.

societária, os quais sejam facilitados por essa institucionalidade que é o SUS. O desafio colocado, portanto, é a construção de processos de trabalho capazes de fortalecer a democratização da sociedade brasileira, por meio da facilitação da cidadania nos processos saúde-doença-cuidado e da participação social na co-gestão do SUS. Como nos diz Cezar W. de L. Góis, em seu livro *Saúde Comunitária: pensar e fazer*, de 2008, a saúde e a democracia têm relação íntima.

É esse o mesmo desafio colocado pelo Nasf à Psicologia e às profissões que são chamadas a contribuir na ESF: concretizar, no cotidiano do trabalho, os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Isso torna necessário qualificar permanentemente esses profissionais de forma crítica, para que possam refletir sobre a realidade do SUS e ser militantes inquietos, em constante defesa e crítica construtiva de uma Saúde Pública de qualidade no Brasil. É a necessidade de construção, a partir do Nasf, de novos potentes processos de mudança indispensáveis à conjuntura do campo saúde, que requer qualificação do SUS.

O contexto atual da Saúde Pública no Brasil requer ações pautadas em paradigmas capazes de se contrapor à hegemonia do modelo biomédico, dando destaque a concepções ampliadas de saúde, atuações nos campos do desenvolvimento pessoal, social e comunitário, ações interdisciplinares e intersetoriais, bem como de valorização da participação social e da cidadania nos processos de produção da saúde e do cuidado. É importante destacar os paradigmas da Promoção da Saúde e da Saúde Coletiva¹ como aglutinadores de inovações importantes capazes de apresentar propostas relevantes para a necessária efetivação do SUS. O campo da Saúde Comunitária é um grande cenário de desenvolvimento do Nasf e da ESF.

Quando falo da efetivação do SUS, falo de algo que não foi conquistado ainda. Temos avançado na institucionalização de um sistema nacional de saúde, pautado no direito à saúde, garantido em lei para todos. No entanto, ainda temos muito que caminhar na concretização da universalização da atenção, na integralidade das ações desenvolvidas, na satisfação das necessidades de saúde do povo, bem como no cuidado às diferenças, singularidades, e desigualdades sociais.

Diante de um novo paradigma de saúde, mais ampliado e complexo,

1 Importante referência é o trabalho de Sergio Carvalho "Promoção da Saúde e Saúde Coletiva: sujeito e mudança", de 2005.

há a necessidade de criar novos modos de atuar, novos pontos de vista, novos campos e cenários. E, no âmbito da ESF, é preciso criar, desenvolver e fortalecer modelos de atuação que possam trabalhar efetivamente com os determinantes psicossociais da saúde e da doença.

A Estratégia de Saúde da Família

Nessa caminhada de construção do SUS, a ESF se apresenta como mecanismo de reorientação do sistema de saúde: porta de entrada, responsabilização institucional e sanitária no processo de cuidado com a saúde articulado a toda rede de serviços, apresentando proposições capazes de modificar o modelo de atenção hospitalocêntrico e médico centrado. Isso significa que a responsabilidade da ESF é apresentar-se como substitutiva às práticas biomédicas tradicionais, sendo capaz de ofertar serviços amplos e integrados de tratamento, reabilitação, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Todos os usuários do SUS devem, na ESF, ser acompanhados de forma longitudinal nos territórios e comunidades onde vivem, de forma que os serviços de saúde tenham uma interação e integração com o movimento da vida nos lugares onde as pessoas vivem. E, mesmo sendo encaminhados a serviços fora da ESF, como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Centros de Referência e de Especialidades e Hospitais, a coordenação dos cuidados deve ter a participação ativa dos profissionais da ESF. Não abordando somente os processos de referência e contra-referência, mas, sobretudo, o desenvolvimento de processos de trabalho capazes de estruturar, facilitar e organizar a co-responsabilização do SUS com a saúde da população, nos territórios onde o trabalho em saúde é desenvolvido.

O Nasf traz o desafio de engajamento de novos profissionais às missões da ESF e, portanto, na busca de efetivação do SUS. Nesse ponto é fundamental desenvolver estratégias de acompanhamento longitudinal das pessoas e coletivos inseridos em grandes territórios, nos quais saber lidar com a variedade e amplitude dos territórios é uma necessidade. O Nasf tem responsabilidade sanitária por uma população bem maior que a das equipes mínimas da ESF. Portanto, deve construir um fazer peculiar e próprio, sabendo superar obstáculos colocados pela condição demográfica.

Diante disso, penso que o profissional do Nasf tem que, ao mesmo tempo, fortalecer as equipes mínimas em um apoio matricial, ampliando os

saberes e fazeres destas, e também realizar trabalho de atenção direta aos usuários e suas necessidades de saúde. Em uma dimensão, deve fortalecer os processos de ampliação de saberes e fazeres dos profissionais das equipes mínimas, que estão nas micro-áreas, para que sejam cada vez mais resolutivos. E, em outra dimensão, deve trabalhar diretamente junto aos usuários dos serviços da ESF, já que há a necessidade fundamental da presença dessas novas categorias profissionais, em diversos cenários de atuação.

Outras características da ESF vêm ampliar mais ainda o desafio colocado ao Nasf. São elas: desenvolver uma atenção descentralizada, pautada no vínculo, criação de laços de compromisso e co-responsabilidade. Se o vínculo é destacado como algo fundamental do trabalho da ESF, vê-se a amplitude do desafio colocado. Por exemplo, esse vínculo deve se desenvolver entre os profissionais do Nasf e as oito equipes da ESF, no mínimo colocado pela portaria do Nasf.

Se o máximo de equipes a serem apoiadas forem tomadas pelo Nasf, serão 20 equipes mínimas de ESF para se construir vínculo e co-responsabilização. O vínculo deve ser construído, evidentemente, junto à população adstrita dos territórios cobertos. A população desses territórios, onde há 20 equipes, é de 80 mil pessoas aproximadamente. Aqui vale perguntar: como desenvolver vínculos junto a uma população de tamanha dimensão?

Em minha experiência, pude sentir cotidianamente a dificuldade de se construir vínculos tanto com os profissionais das micro-áreas, como com a população. Se tínhamos uma equipe multiprofissional de Nasf para uma população de aproximadamente 30 mil pessoas, e as dificuldades eram grandes, imagino como os profissionais irão confrontar-se como o desafio de construir vínculos com uma população maior, como está possibilitado ao Nasf. A experiência dirá.

O modo como está disposto o Nasf destaca a necessidade de trabalhar a co-responsabilidade entre os diversos atores sociais envolvidos no processo saúde-doença-cuidado. Sem a co-responsabilidade nas ações, o profissional do Nasf pode se perder e não conseguir ter uma atuação abrangente junto aos territórios. Co-responsabilidade é palavra-chave para um posicionamento estratégico desses novos profissionais.

Outro aspecto relevante e estratégico para os profissionais do Nasf é o desenvolvimento de um processo de cuidado capaz de estimular a

cidadania e a participação social dos usuários. O contexto é delicado e requer o referido posicionamento de co-responsabilização. A integração de novos profissionais de saúde na ESF não pode reverberar na construção de uma sociedade mais passiva e dependente dos saberes especializados das diversas categorias profissionais da saúde. É preciso estar atento para que os novos processos de cuidado em saúde, levados a cabo pelo Nasf, fortaleçam a autonomia dos sujeitos, o desenvolvimento humano e o desenvolvimento social. Aqui o fortalecimento do saber e experiência popular é fundamental para o agir em saúde.

A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família

Passa-se a pensar, agora, os desafios colocados para a Psicologia e para os psicólogos nos cenários de atuação abertos com a implementação do Nasf. Para apreender a importância do contexto atual, deve-se situar historicamente as interfaces da Psicologia com a Saúde Pública.

Nessa contextualização, depara-se com a herança que temos de uma tradição de clínica individualista, elitista e psicologista, que pouco sabe lidar com as questões sociais e psicológicas que perpassam o cotidiano de vida da maioria da população brasileira. Herdou-se um modelo de formação hegemonicamente pautado no enfoque clínico, que condiciona a identidade profissional do psicólogo a um aprisionamento e engessamento, dentro do campo de atuação da Psicologia Clínica, principalmente ligada ao histórico de experiências de clínica privatista vinculada às elites e classe média. Diante disso, há a inabilidade de contextualizar o quefazer psicológico junto às classes populares, aos usuários do SUS.

Os psicólogos tendem a reproduzir uma visão reducionista das questões psicológicas envolvidas nos processos de saúde-doença-cuidado. Existe um fosso cultural que separa os psicólogos da população e que precisa ser superado. E é preciso desenvolver referenciais teórico-metodológicos, atualizando conceitos, potencializando linguagem técnica, capacidade de comunicação com o povo e de atuação nos cenários colocados pela ESF.

Todos os elementos citados evidenciam a necessidade de reorientação da formação e do fazer da Psicologia na e para a ESF. O trabalho na ESF aparece como campo de experimentações e criações de relevância histórica para o desenvolvimento da Psicologia, como disciplina científica e como

profissão necessária ao campo da Saúde Pública. E a Psicologia caminha na construção e fortalecimento do SUS e da própria ESF, principalmente, pelos trabalhos desenvolvidos nas Residências Multiprofissionais em Saúde.

Algo que inquieta no modo como o Nasf está preconizado, na portaria que o institui, é a Psicologia colocada somente dentro do marco da Saúde Mental. Tal inquietação se dá pelo fato de que a Psicologia, na Saúde Pública, já tem essa história de trabalhos vinculados a um tipo de prática clínica reducionista, ligada a uma visão limitada à cura de psicopatologias e à reprodução de práticas de atenção ambulatorial de atendimento individual, de enfoque psicopatologizante. As contribuições da Psicologia à ESF e ao SUS são bem mais amplas e transcendem a dimensão curativista.

Historicamente, a Psicologia foi se colocando nesse lugar da clínica, do tratamento da psicopatologia. O termo saúde mental, apesar de também apontar para compreensões ampliadas de saúde, principalmente quando dentro do ideário da Reforma Psiquiátrica, ainda traz uma carga ideológica muito forte de patologização, da idéia do tratamento da doença mental. Não se exclui a importância do trabalho da Psicologia nesse necessário campo de atuação da ESF, mas não pode restringir a esse cenário.

As habilidades clínicas devem ser ampliadas dentro do SUS, de forma que se possa situar e contextualizar a compreensão dos processos psicológicos dentro da realidade histórica onde estes estão. Afinal, as psicopatologias precisam ser olhadas em sua etiologia, ações de prevenção devem ser desenvolvidas, e um fazer de promoção da saúde (mental) deve ser estruturado. A realidade concreta e histórica da vida em um lugar singular, dos coletivos e pessoas que se forjam neste, não pode ser esquecida. Os modelos teórico-metodológicos devem ser capazes de abranger o processo social de produção da saúde e não somente o da doença. É preciso buscar as causas do desenvolvimento das psicopatologias em nossa população, é preciso pensar e atuar na realidade em que os dilemas existenciais de nossa população de desenrolam. É preciso apostar mais nos campos, por exemplo, da Psicologia Social e da Psicologia Comunitária. É preciso estruturar nosso quefazer situando na realidade do povo, nos problemas e potenciais de saúde próprios do contexto histórico e cultural brasileiro.

Os profissionais ainda não estão preparados e, ao se iniciar o Nasf, se evidenciarão as fragilidades dos processos de formação. É requisitado um novo paradigma de saúde, um novo olhar para a multidirecionalidade

e multifatorialidade do que é saúde. Não se pode nutrir a idéia de que nosso campo de atuação é apenas a saúde mental, isso seria retroceder no avanço da Psicologia, seria se apegar ao nosso passado. A Psicologia pode contribuir para o desenvolvimento de ações do Nasf em diversos, talvez em todos, campos estratégicos de atuação.

Diante de tudo isso, vejo que o Nasf é um rico espaço de experimentações e criações. Se os profissionais da Psicologia ficarem ligados apenas no lócus da saúde mental terão uma atuação restrita.

Ações dos psicólogos na ESF

As ações abaixo são resultado da pesquisa citada inicialmente, realizada com os psicólogos em RMSF, em 2007. Segue a lista de ações já realizadas por estes profissionais na ESF:

- Ações de territorialização e planejamento local de saúde
- Ações de acolhimento e humanização dos serviços de saúde
- Visitas domiciliares
- Ações de suporte à saúde mental (atendimento individual/ambulatorial, atendimento de casal e famílias, grupos terapêuticos, triagem, grupos de crescimento pessoal, participação nos processos organização dos serviços ofertados e organização da demanda)
- Atividades nas escolas
- Atuação/facilitação em grupos da ESF (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, crianças, hanseníase e outros)
- Participação nos espaços de formação interdisciplinar e de categoria profissional
- Facilitação de processos de educação permanente junto às Equipes de Saúde da Família e demais profissionais do território, facilitando a disseminação de conhecimentos próprios da Psicologia para o campo interdisciplinar
- Atuação junto a rodas e/ou reuniões das equipes multiprofissionais, potencializando os processos grupais
- Ações comunitárias e de articulação de redes sociais
- Consultoria social e organizacional a projetos sociais e instituições dos territórios

- Outras ações de fomento à participação e controle social, como atuação junto a conselhos de saúde e associações de moradores

Essa diversidade de ações, construídas em equipes multiprofissionais, aponta para a superação da Saúde Mental como campo restritivo do fazer e saber da Psicologia. Dentro dessa amplitude de ações já desenvolvidas, destacam-se as atuações no campo comunitário e de articulação-potencialização de redes sociais reveladoras de caminhos potentes para o desenvolvimento da Psicologia na ESF. Destaca-se também a articulação inter-setorial de políticas públicas, bem como de grupos comunitários, na busca de ajudar na criação e fortalecimento de redes de auto-cuidado e apoio social nos territórios. Nesse cenário de atuação, o trabalho dos psicólogos desenvolve-se em perspectiva mais pedagógica do que terapêutica.

Relatando um pouco mais de algumas ações já realizadas

Algumas outras ações já desenvolvidas servem de ilustração para auxiliar no pensamento sobre os dilemas operacionais do trabalho do psicólogo nos Nasf. Mais detalhes sobre elas:

- Atuação junto às rodas das Unidades Básicas de Saúde: buscando fomentar a auto-gestão do coletivo de trabalhadores. O foco da facilitação é trabalhar o Método Roda de co-gestão de coletivos (de Gastão Wagner Campos) em seus elementos: político, pedagógico, administrativo e terapêutico, fortalecendo a auto-gestão. Nesse cenário de atuação, a contribuição da Psicologia se dá na facilitação dos processos grupais, no seu olhar psicológico sobre a participação e os processos coletivos.
- Realização de Visitas Domiciliares: buscando construir vínculo, inserção comunitária e co-responsabilização no cuidado em saúde. Essas visitas domiciliares não significam somente atendimento clínico no domicílio, mas fundamentalmente um processo de aproximação e inserção na realidade das famílias e comunidades. Significam o caminhar pela comunidade, ver e viver as condições de vida da população, conhecer o modo de vida comunitário do lugar e os contextos familiares que se constroem. A Psicologia desenvolve uma rica com-

preensão do reflexo ativo da realidade sobre o psiquismo das pessoas. Há um olhar diferenciado sobre a subjetividade pessoal e social. É necessário compartilhar informações com as equipes de ESF.

- Criação de Grupos de Crescimento Pessoal: estruturando espaços de escuta e diálogo grupal, para trabalhar questões pessoais e comunitárias. Aqui, o trabalho se estrutura, em equipe multiprofissional, na constituição de um dispositivo de cuidado, em grupo, para discussão e vivência de várias questões existenciais da vida no território. Práticas corporais e integrativas, ganham espaço, bem como as diversas habilidades de conversa e diálogo sobre a vida.
- Fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde: buscando valorizar os espaços já conquistados de co-gestão e controle social do SUS nos territórios. Aqui novamente as contribuições da Psicologia situam-se no campo do fortalecimento dos processos de participação social e comunitária. Os caminhos de fortalecimento da participação comunitária não se restringem aos espaços dos Conselhos, mas estes são espaços importantes.

Desafios colocados pelo Nasf à Psicologia

Cabe agora sintetizar um pouco dos desafios colocados pelo Nasf à Psicologia enquanto ciência e profissão. São eles: superar a representação social do psicólogo como unicamente clínico, o que estabelece associações com uma clínica reducionista, individual e privatista; desenvolver atuações para além do eixo da saúde mental, contribuindo em múltiplos outros campos da ESF e articulação interdisciplinar com os outros profissionais; integrar diversas contribuições das múltiplas áreas de atuação da Psicologia (Psicologia Clínica, Psicologia Organizacional e do Trabalho, Psicologia Comunitária); desenvolver ações integradas de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde no plano de trabalho; exercitar-se na interdisciplinaridade delimitando a especificidade da Psicologia; e estruturar processos sistemáticos de avaliação dos resultados e das contribuições da Psicologia para ESF, contemplando elementos qualitativos e quantitativos.

A construção de métodos de registro e acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas é um grande desafio. Para isso, é necessário

construir novos indicadores de avaliação, novos sistemas de informação capazes de dar conta das novas práticas. Avaliar os impactos da inserção da Psicologia no Nasf é uma questão urgente.

Reflexões finais

Será que se percebe a real contribuição da Psicologia enquanto saber e fazer para a ESF e para o SUS? Como potencializar nossa organização enquanto classe profissional e sócio-política dentro do SUS?

O momento histórico revela ainda uma baixa apropriação das políticas públicas de saúde, pouca consistência teórica, metodológica e epistemológica para a atuação no novo paradigma de saúde, principalmente no que tange ao campo da intervenção social.

Precisamos reivindicar e potencializar nossa participação nos espaços deliberativos e de gestão das políticas do SUS. Fortalecer nossa atuação na assistência à saúde da população brasileira, a partir do Nasf, nos dará mais força e consistência enquanto atores sociais. A articulação entre gestão, atenção, formação e participação popular é um caminho de crescimento, que nos vem ensinando o SUS. É preciso caminhar e pensar sobre os passos que damos. Como diz Paulo Leminski:

*Andar e pensar um pouco,
que só sei pensar andando.
Três passos, e minhas pernas
já estão pensando.
Aonde vão dar estes passos?
Acima, abaixo?
Além? Ou acaso
se desfazem ao mínimo vento
sem deixar nenhum traço?*

Roda de conversa

Marta Elisabeth de Souza¹

Estou na Coordenação estadual de Saúde Mental e conheço razoavelmente o estado de Minas Gerais. Embora o espírito da portaria ministerial que institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) seja bem-vindo, existem muitas críticas à maneira como o Nasf está sendo implantado, a como os gestores estão implantando os Núcleos em nosso estado.

Foi o que pude constatar recentemente, quando visitei o município de Unaí. O secretário municipal me mostrou uma casa isolada de uma unidade de saúde na qual haveria a instalação da equipe do Nasf. Considerando que este município não possui atenção secundária, considerando ainda que ele não funciona em rede, ficou evidente que este Nasf iria fazer este papel indo contra aquilo que a Reforma Psiquiátrica vem lutando para desconstruir, que são os ambulatórios especializados. Eles foram implantados desde os anos 80 e não temos nenhuma avaliação do impacto desses serviços para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, tampouco temos informações sobre a eficácia e eficiência desses serviços quando pensamos coletivamente.

Outra questão preocupante diz respeito ao fato de muitos municípios já possuírem especialistas na atenção primária e que eles mesmos estão enviando projetos para a Secretaria Estadual de Saúde e para o Ministério da Saúde, apenas para receber recursos., pois a prática continua de atendimentos de consultórios privados, nas suas demandas individuais.

Na Região Sudeste, a entrada de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu nos anos 80 com a clara demanda do Estado de que estes profissionais atendessem, individualmente ou por meio de grupos, pessoas com transtornos mentais graves, moderados e leves, além de fazerem intervenções em grupos separados por diagnósticos (como por exemplo grupo de diabetes, grupo de gestantes), de caráter informativo, prática ainda presente em muitos serviços de saúde de Minas Gerais, e, provavelmente, de outros estados da Federação.

A partir disso, trago algumas reflexões sobre atenção à saúde mental na Atenção Primária:

1

Psicóloga, Coordenadora de Saúde Mental de Minas Gerais.

A estratégia de se ter criado uma política de fortalecimento da atenção primária no Sistema Único de Saúde brasileiro, por meio da constituição das equipes de saúde da família, no ano de 1994, tem revelado contextos nos quais emergem os problemas e também possibilidades de respostas.

O trabalho efetivo com pessoas inseridas em seu território revelou para os trabalhadores da saúde diversas formas de sofrimento, de desassistência, que transformam as diferenças em desigualdade e exclusão social. Dentro desse contexto, discute-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária e sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia da saúde da família na rede de serviços, e o processo de territorialização e regionalização a partir desse nível de atenção.

Como se insere o profissional psicólogo nesse contexto?

Para falar disso, é preciso fazer um resgate na história recente da saúde pública, na qual o Movimento da Reforma Sanitária pressionava o governo a implantar no país um sistema de saúde que garantisse a todos os brasileiros acesso às ações de saúde - não apenas às pessoas que tinham um trabalho formal e a carteira assinada e, portanto, usufruíam da assistência prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Social.

Naquela época, os postos de saúde funcionavam apenas com profissionais de enfermagem, que realizavam puericultura, aplicação de vacinas, os agentes da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp), que cuidavam, nos municípios do interior, das ações específicas relacionadas ao combate da febre amarela, doença de chagas e outros agravos epidêmicos.

O campo da saúde mental inserido como política de saúde pública surge no final dos anos 70 por meio de uma série de denúncias sobre a situação de funcionamento dos manicômios que revelou a flagrante violação dos direitos humanos a que estavam submetidas as pessoas com transtornos mentais.

O "tratamento" naquelas instituições se resumia a administrar medicamentos e à prática de maus tratos, como deixar as pessoas agitadas, contidas em camisas de forças ou em solitárias ou, ainda, com "pés gema". A literatura retrata bem o tratamento oferecido às pessoas portadoras de

transtornos mentais, não só no campo da saúde mental como também no campo da Saúde Pública.

No início dos anos 80, com a abertura política e com a implantação das Ações Integradas de Saúde e também com a reorganização do Movimento Sindical, dos partidos políticos, a organização de vários núcleos universitários de Saúde Coletiva, dos Movimentos Sociais/Comunitários e com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, a sociedade brasileira começou, por meio da mídia, a ver as péssimas condições de assistência oferecidas dentro dos hospitais psiquiátricos. Estas denúncias fizeram com que o governo abrisse concurso público na área da saúde, inclusive para atuação no campo da saúde mental.

Foi neste período que alguns profissionais, como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, ginecologistas, pediatras, enfermeiros entraram de maneira efetiva para a Saúde Pública. Antes desse período, esses profissionais já existiam no Sistema, mas de maneira incipiente e isolada.

A entrada desses profissionais e principalmente de novas profissões para o campo da Saúde Pública trouxe inúmeras mudanças no setor:

1. No campo da saúde mental: inúmeros cidadãos brasileiros tiveram contato pela primeira vez em suas vidas com psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais;
2. Muitas pessoas com transtornos mentais, não apenas os casos graves, passaram a procurar o Sistema;
3. As escolas públicas passaram a demandar os serviços dos psicólogos devido ao número significativo de crianças com problemas de aprendizagem;
4. Os psicólogos assistentes sociais foram chamados a participar de grupos educativo-informativos criados nas Unidades Básicas de Saúde;
5. Em último lugar, ficou a meta para a qual essas equipes foram constituídas: dar o suporte para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes na sua própria comunidade.

Pode-se dizer que o mesmo aconteceu com outros profissionais da área da saúde que começaram a fazer a prática de uma assistência oferecida nos consultórios privados, além de atender uma demanda que não era a demanda para a qual foram contratados.

A excessiva demanda de usuários na busca dos serviços contribuiu para que o atendimento fosse, na maioria das vezes, de baixa qualidade, restrito à prescrição de receitas e atendimento psicoterápico individual por 30 minutos. Ressalta-se que muitos profissionais também ofereceram qualidade em seus atendimentos.

É importante ressaltar esse aspecto da assistência em saúde pública oferecida no País, pois, apesar de suas limitações o acesso aos serviços de saúde aumentou, considerando que até os anos 50 e 60, mais da metade dos brasileiros nunca tinha tido acesso a uma consulta médica.

No entanto, foi demonstrado com números estáticos que apenas ampliar a oferta de profissionais não foi suficiente para mudar o quadro sanitário brasileiro, pois a mortalidade infantil estava muito alta, assim como a mortalidade materna.

No campo da saúde mental, o parque manicomial contava no início dos anos 90 com 316 hospitais psiquiátricos, que possuíam em torno de 100 mil leitos. A incidência de hanseníase havia caído, mas ainda era alta. Nos anos 80, surge a AIDS, que tem acelerado seu crescimento e aparecem também outras doenças.

Mais uma vez, foi necessária uma mudança no modelo assistencial. Existem, então, dois marcos na assistência à saúde:

1. A criação dos Centros de Apoio Psicossocial e dos núcleos de apoio psicossocial no início dos anos 90 (Portaria ministerial nº 224);
2. A criação do Programa de Saúde da Família em 1994.

A implantação destas estratégias de atenção demonstrou efetivamente impacto na assistência. A primeira demonstrou que podemos prescindir do hospital psiquiátrico como o *locus* para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e a segunda mostrou que, principalmente por meio do trabalho das agentes comunitárias de saúde, 80% dos problemas de saúde da população podem ser solucionados na atenção primária. Estas estratégias demonstraram impacto na assistência, melhorando o acolhimento, o acesso da população aos serviços de saúde. Como resultado, podemos citar redução da mortalidade infantil e redução das internações psiquiátricas.

Apesar do êxito que os dois programas vêm demonstrando no setor

saúde, deve-se lembrar que o trabalho em saúde é complexo pelos fatos de nele estarem implicados o profissional e o paciente e de a relação entre os dois ser, no mínimo, permeada de vários sentidos e significados; sem contar que o processo saúde-doença é multifatorial e exige dos profissionais e usuários diversos níveis de implicações e compromissos.

Sabemos que os Sistemas de Saúde ainda são muito fragmentados, são organizados levando-se pouco em conta os problemas efetivos de saúde uma dada população.

Nesse sentido, a compreensão que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem sobre a questão da saúde é que a atenção primária é de extrema importância e é a mais complexa, embora não necessite de grande aporte tecnológico. Ela é complexa do ponto de vista de organização de processo de trabalho, estabelecimento de fluxos, realização de diagnóstico diferencial, comunicação com outros pontos de atenção à saúde.

A ideia de construção de rede de atenção à saúde é muito importante para o êxito da atenção primária e outros níveis de atenção e exige que conheçamos e analisemos a situação das redes de atenção à saúde. Para tal, é necessário:

- a. A definição do modelo de atenção;
- b. A construção dos territórios sanitários e dos níveis de atenção à saúde;
- c. O desenho das redes (primária, secundária e terciária);
- d. A modelagem dos sistemas de apoio, logística e governança das redes de atenção à saúde.

Esse trabalho é de fundamental importância para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a melhoria da qualidade da assistência. Para criar uma rede, modelá-la ou remodelá-la é preciso considerar as diferentes variáveis que intervêm no processo. Dentre elas, especialmente importantes para profissionais da saúde, são as variáveis pessoais, descritas do ponto de vista individual em relação ao estado sócio-econômico, e os determinantes sociais e estruturais de uma determinada população/comunidade.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família por meio da portaria nº. 154 de 24/01/08 é o início de um longo processo que se busca. Esta portaria avança quando define as diretrizes do trabalho a ser

feito pelas equipes do Nasf e as diretrizes das atuações das categorias profissionais que compõem os núcleos. No entanto, a implantação destes núcleos tem ocorrido de forma intempestiva, pelo menos no estado de Minas Gerais.

Foram enviados ao Ministério da Saúde, até o presente momento, 144 projetos, totalizando 766 profissionais, sendo destes 15% de psicólogos, 12% de assistentes sociais, 12% de fisioterapeutas, 9% de nutricionistas e 9% de pediatras. Os demais estão divididos entre os demais profissionais, somados os terapeutas ocupacionais e psiquiatras, considerados pela portaria como profissionais de saúde mental.

Em Minas Gerais, começou-se a trabalhar a questão da saúde mental na atenção primária por meio do prêmio José César de Moraes, para valorizar os trabalhos que apontavam criatividade, ineditismo, impacto populacional e a duração da experiência com portadores de sofrimento mental grave inseridos na cidade. Foram consideradas as produções que trouxeram diversidade e novos valores a serem incorporados na saúde mental. A estratégia do matriciamento foi colocada como uma ferramenta importante para as equipes de Saúde da Família ou nos centros de saúde.

Perceberam-se ações estratégicas, com ações eficientes, principalmente em municípios pequenos. Mostrou-se na prática que a atenção primária é da maior complexidade e que com pouca tecnologia se pode fazer trabalhos importantes.

Algumas questões têm sido objeto de preocupação:

- Os municípios solicitaram implantação de Nasf sem conhecer suas necessidades locais de saúde;
- Muitos gestores pensam que Nasf é um ambulatório especializado com funcionamento em estabelecimento próprio e é um serviço complementar às equipes de saúde da família;
- Muitos municípios vêem o Nasf como suprimento da falta de especialistas;
- Muitos gestores pensam que os profissionais do Nasf atuam somente na prevenção e promoção à saúde e não realizam atendimento;
- O número de equipes da Saúde da Família para cada equipe de Nasf é elevado.

- Ainda assim o entendimento é de que a proposta é válida, pois se trata do início de uma nova possibilidade de mudança do modelo assistencial do SUS;

Outra estratégia que os serviços de saúde mental vêm utilizando diz respeito à articulação dos Caps com as equipes de Saúde da Família ou mesmo com os demais profissionais da atenção primária, estabelecendo parcerias na continuidade dos tratamentos dos portadores de sofrimento mental grave com seus quadros clínicos estabilizados. Experiências interessantes têm acontecido em todas as regiões do estado de Minas. Diante de aspectos positivos e negativos, temos feito algumas reflexões:

- Nosso papel está restrito às ações que realizamos ou se ampliará?
- Seremos mediadores, no sentido de articular os projetos locais, interdisciplinares e intersetoriais que possibilitem a promoção, prevenção, assistência aos usuários de um modo geral do sistema público de saúde daquela região?

Para nós, estas experiências têm demonstrado a importância de especialistas na atenção primária, especialmente os psicólogos, quando estes conseguem manejar as inúmeras demandas que lhes são feitas, fazendo o papel de mediadores/articuladores entre as instituições, trabalhadores e usuários de um determinado território. Para tal, a escuta clínica é fundamental, pois permite ao profissional direcionar os usuários do sistema para um lugar mais adequado a cada um. Quando o profissional atende individualmente ou em grupo, o período do atendimento deve ser o tempo necessário para que as equipes do PSF dêem continuidade ao tratamento.

As experiências de construção de redes intersetoriais também é aspecto fundamental de todos os trabalhadores da saúde.

As atividades de promoção e prevenção à saúde ainda se constituem como desafio para todos os profissionais da saúde e para ser constituídas é preciso conhecer muito bem o território de saúde em seus aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.

Na nossa avaliação, o psicólogo na atenção primária deve conhecer as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, as diretrizes do SUS, os princípios de uma clínica antimanicomial, o território, e deve, sobretudo, saber analisar

as relações de poder estabelecidas entre os grupos de uma comunidade. Deve, ainda, saber trabalhar em equipe. Enfim, deve entender que a saúde é um sistema complexo que exige respostas complexas.

Para terminar, a fala de paciente sobre o papel de psicólogo na atenção primária: "às vezes, ficar junto com eles e com as equipes, às vezes é preciso ficar de lado, outras vezes manter distância, mas sempre fazendo o papel da melhor companhia, que é aquela que permite ao outro fazer suas escolhas."

Mirna Yamazato Koda¹

"A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde."

"A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde."

Portaria GM/MS 648 – de 28 de março de 2006.

O trabalho do psicólogo na saúde pública é um campo de vários desafios, rico em questionamentos sobre o papel desse profissional e em possibilidades de construções inovadoras no esforço de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

A proposta de trabalho junto à Saúde da Família possui uma série de particularidades para a atuação do psicólogo. É na atenção primária que a proximidade com o território se dá de modo mais candente, lá onde os problemas da vida se misturam aos adoecimentos. A diversidade de demandas que surgem necessita de ações de alta complexidade no que diz respeito à articulação de respostas e tecnologias² que sustentem os objetivos *de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde* (Ministério da Saúde, 2006).

Nesse sentido, "diferentemente do que se propaga no discurso médi-

1 Psicóloga; docente do curso de Psicologia da Universidade São Francisco; doutoranda em Psicologia Social pelo Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP); Membro do Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP.

2 Tomamos aqui o termo tecnologia como "um conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras; saberes e práticas estruturados - tecnologias leves -; e as tecnologias leves: trabalho vivo/produção de serviços/ abordagem assistencial - modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização" (Franco e Merhy apud Rodrigues & Araújo, 2008, p.03).

co hegemônico, a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada. Quando assumida de forma integral e resolutiva, ela exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos." (Rodrigues & Araújo, 2008, p.04).

No contexto da atenção básica, colocam-se como grandes desafios na construção das ações a questão da promoção da saúde, tomada em dimensão que considere os determinantes sociais do adoecimento e não apenas a intervenção sobre os estilos de vida; e a prevenção de adoecimentos que não se reduza ao discurso sobre o risco e a normatização de condutas.

O trabalho do psicólogo no campo da atenção básica envolve uma série de aspectos: a articulação daquilo que na formação é tradicionalmente construído separadamente (psicologia escolar, clínica, social, institucional, do trabalho, etc); o aprendizado daquilo que muitas vezes não constou de sua formação (gestão de serviços, políticas públicas, saúde coletiva); o trabalho em equipe multidisciplinar; o desenvolvimento de ações interseoriais; a construção de uma relação dialógica com a comunidade.

A partir desse cenário inicial, apresenta-se contribuição à discussão sobre a presença do psicólogo no Naf, a partir da experiência que tem sido desenvolvida no curso de Psicologia da Universidade São Francisco – campus Itatiba – com o Projeto de Extensão Psicologia e Saúde Pública. Este projeto envolve diversas atividades, como a realização de campo de estágio do curso de Psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do município, prestação de serviços à comunidade, horas atividades de docentes da Universidade para o desenvolvimento de projetos na área de saúde pública.

Em 2006, a partir de discussões locais, realizou-se o *Curso de Capacitação de Saúde Mental na Atenção Básica*. Ele foi construído em parceria com o Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista (atual Comissão de Integração Ensino/Serviço) e teve financiamento da UNESCO/Ministério da Saúde. Foram oferecidas 80 vagas para trabalhadores da rede pública de saúde de municípios do interior paulista (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório odontológico, dentistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais).

Além das aulas expositivas havia, a cada encontro (do total de nove), grupos de elaboração da aprendizagem onde os alunos efetuavam a ar-

ticulação entre o conteúdo da aula e a prática cotidiana nos serviços. As questões que surgiram no diálogo com esses trabalhadores de saúde ajudam a pensar na atuação do psicólogo no Nasf.

A partir dos grupos pode-se identificar uma série de questões relacionadas ao trabalho na atenção básica:

- A cisão entre saúde mental e as outras áreas da saúde;
- Os "pré-conceitos" da população e dos profissionais da saúde no que diz respeito à doença mental;
- O receio da equipe de saúde de não saber como lidar com o sofrimento psíquico do paciente (que surge como algo que foge aos protocolos);
- A demanda por uma técnica diagnóstica e terapêutica que dê conta do problema (ali onde o contexto de vida do sujeito está proporcionando tanto sofrimento). Nesse sentido a medicalização surge como principal resposta ao sofrimento mental;
- A dificuldade de se desenvolver uma escuta com relação a aspectos subjetivos e sociais implicados no adoecimento, não só por uma sensação de falta de preparo, mas também pela grande demanda que recorre ao serviço em busca de consultas;
- A sensação de não saber o que fazer com os ditos "casos difíceis", pacientes que se recusam a seguir as prescrições, a adotar estilos de vida saudáveis, pacientes que vão recorrentemente ao serviço de saúde em busca de atendimento (os denominados "poliqueixosos");
- As dificuldades em se realizar o trabalho em equipe e de articulação da rede de saúde;
- As agendas cheias, o foco de trabalho mais voltado para a questão da cura do que sobre a prevenção de adoecimentos e promoção da saúde;
- O foco sobre o adoecimento/sintoma (estabelecimento de uma relação entre equipe e paciente que muitas vezes o reduz ao lugar de doente);
- A angústia e sentimento de impotência das equipes frente aos problemas que enfrenta.

Uma das questões que recebeu maior atenção durante o trabalho com esses profissionais, ao longo do curso, foi a relação estabelecida

entre equipe de saúde e a clientela que chega aos serviços.

Percebeu-se, em especial, as dificuldades na relação com o paciente, em lidar com a questão da subjetividade, da alteridade, compreendendo que para além de exames e medicamentos as pessoas demandam a construção de um círculo social de apoio, no qual encontrem continência a seus sofrimentos. Compreendeu-se que essa situação se insere em um contexto que engloba aspectos que vão além da questão da formação dos profissionais: as condições e organização do trabalho em saúde, as problemáticas sociais que batem à porta dos serviços de saúde, etc.

Nesse contexto, podemos verificar que o adoecimento e o vínculo com o serviço muitas vezes se constituem como modos de filiação social (Carreteiro, 2002; Carvalho & Dimenstein, 2004). Por vezes, o serviço de saúde se constitui como um dos poucos laços sociais nos quais as pessoas vão buscar auxílio aos seus problemas. Uma aluna do curso relatava que, pelo fato de a unidade de PSF em que trabalhava estar em local sem nenhum recurso comunitário, o serviço de saúde servia como ponto de encontro das pessoas que muitas vezes iam até lá para tomar um cafezinho, conversar e ter atenção.

Discutiu-se com os alunos a necessidade de se pensar a organização do trabalho em saúde (que ainda se centra em modelo queixa-conduta). Os profissionais falavam sobre a dificuldade de se fazer um acolhimento, em aprofundamento da discussão sobre as necessidades que o paciente traz.

Nesse sentido, pensamos que o psicólogo pode trazer contribuições à discussão sobre o desenvolvimento do trabalho no qual a subjetividade e singularidade possa ganhar lugar, aquilo que Canguilhem (1995) denomina *corpo subjetivo*. Nesse trabalho, é necessário retirar a doença do centro da intervenção (Amarante, 1998); é necessário pensar a questão da saúde mental do indivíduo e da comunidade integrada não só à saúde mais ampla como também aos demais setores (educação, cultura, trabalho, lazer, etc).

O papel desse profissional se aproxima de discussões no âmbito do SUS que dizem respeito à questão da humanização¹. O psicólogo no Nasf pode, por exemplo, ajudar as equipes de saúde a construir estratégias de potencialização de recursos como o acolhimento nos serviços, esse espaço de encon-

1 "Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" Ministério da Saúde (2004, p.6).

tro-afeto-conversa, como definido por Teixeira (2005). Este autor avalia que o trabalho em saúde possui caráter eminentemente conversacional e descreve as redes de serviços de saúde como grandes redes de conversação.

Na experiência em Educação Permanente, foi bastante interessante essa construção. Viu-se um campo de permanente tensão e negociação: a discussão sobre técnicas não deveria servir como solução mágica para os problemas, a questão da formação não deve acobertar outras variáveis que estão em jogo e que não serão respondidas com ações de educação permanente; a necessidade de desconstruir práticas a longo tempo arraigadas no cotidiano dos serviços.

Ao longo da experiência com o curso de capacitação, buscou-se articular as temáticas de conteúdo propostas com a potencialização dessa capacidade conversacional nos serviços, seja entre profissional de saúde e paciente, seja na equipe, entre serviços e outros setores. Avaliou-se que a presença de um profissional de saúde mental dando continuidade a essas ações *in loco*, com, por exemplo, em ações de apoio matricial, seria de grande importância. Em um dos municípios o trabalho final do curso¹ foi justamente o desenvolvimento do projeto de apoio matricial.

Em algumas equipes, houve um movimento bastante interessante de poder desenvolver escuta mais apurada de alguns pacientes, principalmente aqueles denominados pelas equipes como poliqueixosos. Os trabalhadores puderam compreender que estes, mais do que medicações e exames, demandam a construção de um círculo social de apoio, onde encontrem continência a seus sofrimentos. Em um dos casos, a médica realizou entrevista familiar envolvendo o marido alcoolista da paciente que freqüentava bastante assiduamente o serviço de saúde com diversas demandas. Isso surtiu um resultado interessante: na medida em que essa paciente se sentiu acolhida em suas dificuldades da vida familiar, ela deixou de demandar o grande número de consultas e exames que anteriormente solicitava.

Uma das principais tarefas do psicólogo no Nasf é contribuir com uma visão integral do ser humano, com a construção de práticas que estejam pautadas por tal pressuposto.

1 Ao final do curso, cada aluno ou grupo de alunos de um determinado município ou equipamento deveria apresentar um projeto de intervenção articulando o conteúdo do curso e uma demanda local. Houve uma diversidade de trabalhos finais: formulação de projetos terapêuticos singulares, propostas de atividades em grupo etc.

Com relação ao tipo de clínica a se desenvolver, talvez não seja denominada como clínica ou como o processo de trabalho do psicólogo que inclui a clínica. É preciso desenvolver trabalho no qual a clínica seja um dos instrumentos a ser utilizados, sem com isso fazer com que tudo se torne objeto da clínica. É preciso considerar a pluralidade de aspectos e setores da vida, pois é aí mesmo no campo dos modos de andar a vida onde nos encontramos.

Aliás, nunca é demais frisar que essa clínica deve ser coerente com o contexto da prática no SUS, cujo olhar considere o sujeito também como sujeito de um grupo, que esteja atento às manifestações de sofrimento (referidas a um contexto de vida), mas também às potencialidades e recursos do sujeito e seu entorno. É preciso se tirar o sujeito do lugar restrito de paciente que demanda. Aqui a formulação do PTS se configura como um dispositivo muito interessante tanto pelo diálogo com o paciente como pela discussão em equipe e consideração de ações intersetoriais.

A reflexão traz uma última questão, que se coloca ao trabalho do psicólogo na atenção básica e consequentemente no Nasf: a demanda por atendimento em psicoterapia. Há efetivamente diversos casos que necessitam de atendimento psicológico, e compreende-se que a contratação de profissionais na rede de saúde está aquém do que seria necessário. O que fazer com isso?

O psicólogo do Nasf assumir a tarefa de atendimentos em psicoterapia individual significa correr o risco de reproduzir o modelo de cisão entre saúde e saúde mental. Significa reproduzir o esquema das agendas cheias e filas de espera já conhecidas.

É preciso cuidado para que a Psicologia não se torne uma espécie de amortecedor dos conflitos sociais, que são muitos e aparecem cotidianamente nos serviços de saúde. Lugar onde a palavra do especialista serve para normatizar comportamentos (a dizer o que é uma boa família, um bom trabalhador, um bom estudante). Tal situação aponta para contradições que dizem respeito à própria formulação política do Nasf, que não deve servir como uma resposta paliativa ao número reduzido de profissionais da área de saúde mental na rede de saúde pública.

Referências Bibliográficas

Amarante, P. (org.). (1998). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Carreteiro, T.C. (2002). A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In Sawaia, B. (Org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.

Carvalho, L.F. & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de psicologia*, 9(1), 121-129.

Ministério da Saúde (2004). HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.

Ministério da Saúde (2006). Portaria GM/MS 648.

Rodrigues, M.P.; Araújo, M.S.S. (2008) *O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família*. Disponível em http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf

Teixeira, R.R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 10(3): 585-597.

Marcelo Arinos¹

Início esta fala contando um pouco sobre minha inserção na saúde mental, em atenção primária, área pela qual venho transitando há alguns anos. Creio que minha experiência poderia responder a algumas questões desta discussão, principalmente quanto a alguns senões aqui expostos, aos quais qualificaria como frutos de tensionamentos entre a norma (a política) e a experiência prática.

Principalmente as duas primeiras falas levantaram questões que dizem respeito a esse tensionamento, absolutamente inevitável. Não podemos prescindir das políticas, embora a política tenha uma dimensão, de certa maneira, vertical, mas é sempre uma construção que acontecerá de uma forma dialógica. E necessariamente há que se transversalizar a dimensão da experiência, do acontecimento na dimensão do institucionalizado. Não se pode deixar de pensar: essa é a realidade que, de certa forma, está posta e temos que nos relacionar com a política de saúde. Precisamos nos posicionar, mas temos que trabalhar com o que está posto, seja criticando, seja transformando.

A prática, enquanto circulação de algo que emerge, estaria um pouco menos instituída e, à medida que é formulada como norma – mesmo como política –, passa-se a instituir algo de fato. Esse tensionamento é inevitável. Para quem trabalha com o princípio da desinstitucionalização, é preciso lidar com políticas de saúde com elementos institucionalizados.

As duas primeiras falas, principalmente, levantaram questões que dizem respeito a esse tensionamento, absolutamente inevitável. Não se pode prescindir das políticas, embora a política tenha uma dimensão, de certa maneira, vertical, mas é sempre uma construção que acontecerá de forma dialógica. E, necessariamente, há que se transversalizar a dimensão da experiência, do acontecimento, na dimensão do institucionalizado. Não se pode deixar de pensar: essa é a realidade que, de certa forma, está posta e temos que nos relacionar com a política de saúde. É preciso

1 Especialista em Saúde Mental, mestre em Psicologia Social, com qualificação de Recursos Humanos em Saúde Mental e Saúde Pública. Professor e pesquisador da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

se posicionar, mas trabalhar com o que está posto, seja criticando, seja transformando.

No transcorrer das discussões, muitas vezes me coloquei na posição de crítico severo, mas também repensei e creio que precisamos avaliar o que faremos diante da Portaria do Nasf, algo que está dado. É preciso ir além da crítica.

No sentido do não instituído, minha inserção nessa área se deu na forma de uma emergência curiosa. Em 1998 tinha saído da assistência para atuar na Escola de Saúde Pública. Fiquei por um ano afastado da saúde mental. Nesse processo, um amigo que fazia consultoria em saúde pública em um município pequeno de Minas Gerais, chamado Rio Vermelho, me convidou para uma conversa com os agentes comunitários de saúde. O município, além de absolutamente pequeno, é muito pobre. Mas tinha um gestor interessado e um enfermeiro muito bom, Alcivam Nunes, que comandava um Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs. E eu, certo de que estava inaugurando algo, aceitei o convite. Digo isso com certo constrangimento porque na mesma época acontecia o Projeto Qualis, em São Paulo, onde essa questão da saúde mental na atenção primária estava sendo desenvolvida de uma maneira brilhante. Mas eu não sabia que isso estava acontecendo no mundo. Aceitei ir conversar com os agentes comunitários de saúde, por quem tinha uma simpatia especial, pois achava a idéia interessante. Fomos lá e iniciamos as conversas sobre saúde mental. A partir daí, coisas absolutamente fantásticas começaram a acontecer no município. Os agentes, pelo empoderamento, começaram a pensar que podiam fazer coisas na área da saúde mental. E saíram fazendo coisas. Foi uma experiência emergente e não institucionalizada.

Em 2003, dentro da escola de Saúde, instigados para entender melhor a questão da saúde mental na atenção primária, tivemos oportunidade de organizar os "Seminários de Investigação sobre Saúde Mental da Atenção Primária", nos quais reunimos profissionais de PSF e profissionais de saúde mental para investigarmos, analisarmos, discutirmos as possibilidades. Então pude conhecer muitas experiências que emergiam independente de institucionalização.

Falando agora especificamente do Nasf, ouvi a reflexão da Marta Elizabeth, que expressa a preocupação de um retorno aos anos 80. Não sei se sou otimista demais, mas acho improvável o retorno àqueles

anos, frente ao cenário tão específico daquele período. Eu, assim como a Marta, entrei na saúde pública nos anos 80 e o que me foi falado que o fazer do profissional de saúde mental era atender egressos de hospital psiquiátrico. O Sistema Único de Saúde ainda estava em gestação. Estava ocorrendo a VIII Conferência de Saúde. O modelo ainda era aquele de atenção básica dos postos de saúde dispersos.

O Nasf tem vários riscos, mas ele não caiu do céu. De certa maneira, ele vem coroar uma série de iniciativas que vinham acontecendo. Essencialmente, iniciativas da saúde mental. O contato da Saúde Mental com os profissionais do PSF provocou neles a demanda por matriciamento. Sabemos que os médicos são especialistas e têm muita dificuldade com generalismo. O Nasf tenta também resolver um pouco desse problema à medida que coloca um pediatra e um ginecologista. Então, há essa demanda.

Acredito que o Nasf vem coroar um processo. Tem riscos, mas são os riscos da institucionalização. Temos que lembrar que quando o Programa Saúde da Família foi lançado também foi alvo de muitas e muitas críticas. Problemas ocorreram sim. A superação do ambulatório não se deu no PSF porque estamos mergulhados em uma lógica biomédica, privatista, que atravessa nossas práticas e está no imaginário da população. Por isso, acredito que o Nasf é uma tentativa de institucionalizar uma possibilidade de superação deste modelo.

Há limite para as políticas. Sabemos disso. E não é um problema do Nasf. Mas, as políticas precisam ser formuladas. Temos que saber lidar com elas.

Maria Aparecida Crepaldi¹, Jadete Rodrigues Gonçalves² e Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré³

A Universidade Federal de Santa Catarina, como a maioria das universidades públicas e gratuitas, tem como missão a integração das atividades de ensino-pesquisa-extensão. O Departamento de Psicologia desde 1982 mantém estágios de graduação em psicologia na área da saúde, e iniciou esta trajetória pelo Hospital Geral. Porém, na década de 1990, em parceria com o Departamento de Saúde Pública, começou a atuar, também, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, desenvolvendo projetos de extensão e estágios curriculares e extra-curriculares. A iniciativa criou, neste departamento, larga experiência de trabalho na área da saúde coletiva, antes mesmo do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das leis 8.080 e 8142, em 1990.

Hoje, o Departamento de Psicologia da UFSC mantém os cursos de graduação em Psicologia e pós-graduação *strito sensu*, que inclui os cursos de mestrado e doutorado, com uma área de concentração em processos psicossociais, saúde e desenvolvimento humano, e é participante importante do Projeto de Residência Integrada em Saúde da Família (PrisfPrisf) que mantém dois cursos: Medicina Comunitária e de Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. No que diz respeito ao processo de trabalho, embora as residências de Medicina e a Multiprofissional estejam separadas do ponto de vista legal, na prática acontecem em ações conjuntas.

Estes cursos foram concebidos por uma equipe de professores de sete Departamentos da UFSC, que desde 1998 trabalharam com o objetivo

1 Docente do departamento de psicologia da UFSC. Especialista em psicologia clínica infantil, em Terapia familiar, em Psicologia clínica e em Psicologia hospitalar, doutora em Saúde Mental e pós-doutora pela Universidade do Québec em Montréal. Preceptora do Prisf

2 Docente do departamento de psicologia da UFSC. Especialista em educação, em Psicologia clínica e em Psicologia hospitalar, doutora em Enfermagem. Preceptora do Prisf.

3 Docente do departamento de psicologia da UFSC. Especialista em Terapia familiar, Psicologia clínica e em Psicologia hospitalar, doutora em Psicologia Clínica. Preceptora do Prisf.

de formar profissionais para atuar na lógica da integralidade – SUS, por meio do treinamento em serviço, ou seja, do “aprender fazendo” (Verdi et al., 2003). É importante lembrar que este projeto assenta-se em um acordo interinstitucional tripartite, que reúne a Universidade Federal de Santa Catarina, a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde, sendo este último aquele que financia e financiou todas as edições da Residência.

O objetivo do PrifPrif é formar os profissionais de saúde, por meio da educação em serviço, para o desempenho de suas atividades no Sistema Único de Saúde, tendo por base o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família.

Considerando estas colocações, o presente texto tem como objetivo contribuir para pensar no processo de inserção do psicólogo nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a partir da experiência do Prif, refletindo tanto sobre sua formação como sobre a importância da organização do processo de trabalho à luz dos cenários de intervenção em uma perspectiva interdisciplinar.

A proposta do Prif: educação em serviço (aprender fazendo)

O Projeto do Prif congrega uma equipe de trabalho composta por professores preceptores, tutores ou supervisores locais, residentes e as próprias comunidades onde se desenvolve o trabalho. É na interação desses diferentes atores e cenários que se constroem, cotidianamente, os espaços de uma complexa diversidade de discursos e práticas para a atuação na Atenção Básica.

Cabe aqui resgatar brevemente o entendimento de Atenção Básica, na medida em que esta traz à tona peculiaridades importantes que têm uma relação direta com os processos de trabalho que ali se desenrolam na busca do melhor acolhimento das demandas. *A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde* (Brasil, 2006, p. 12).

Segundo o referido documento, ainda, a Atenção Básica deve ser efetivada por meio de práticas democráticas e participativas, pelo trabalho em equipe, em territórios delimitados e orientada por princípios da universalidade,

integralidade e equidade; da humanização, responsabilização e do incentivo à participação e controle social, ou seja, os princípios fundamentais do SUS.

O Prif busca qualificar os profissionais para o desempenho de suas atividades no Sistema Único de Saúde e está estruturado teórica e metodologicamente em acordo com diretrizes da atual Política de Educação Permanente em Saúde, que preconiza um processo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao próprio trabalho.

O processo de "aprender fazendo", portanto, é entendido como a possibilidade concreta de construir diálogos possíveis com a realidade de inserção, em que teoria e prática são desafiadas cotidianamente pela magnitude e riqueza das tramas comunitárias, que ultrapassam as possibilidades de uma única área de atuação. Trata-se de construir cada ação em saúde, no cotidiano e em equipe.

Dentro da especificidade da Psicologia, a equipe de trabalho é composta por três professoras e duas tutoras contratadas especialmente para supervisionar o trabalho *in locu*. A contratação desses profissionais justifica-se, por um lado, pela sua ausência na rede pública de saúde, para exercer essa função nas Unidades de Saúde em que a residência está alocada, bem como, pela necessidade urgente da própria gestão em saúde mental municipal em prover os Centros de Apoio Psicossocial (Caps), o matriciamento, e mesmo as chamadas Regionais de Saúde. Estas Regionais congregam um conjunto de outras Unidades Básicas de Saúde e os psicólogos, embora não estejam alocados diretamente na área de abrangência de cada unidade, atendem um importante contingente de usuários oriundos de várias comunidades.

No Prif, a área de Psicologia trabalha em conjunto com as demais áreas (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Odontologia e Farmácia), na perspectiva da integração dos diferentes saberes que confluem na equipe de residentes, na busca do melhor acolhimento às diferenças inerentes às suas especificidades, pela via do desenvolvimento da escuta e da postura interdisciplinar de todos seus integrantes.

As diretrizes que norteiam este trabalho são: a educação em serviço, a formação e a política educacional permanente para o SUS.

O marco teórico de referência é composto pela lógica da produção social da saúde, pela integralidade das ações, pelo trabalho em equipe

multiprofissional, pela participação e controle social. A produção social da saúde preconiza que o estar saudável e o adoecer são formas de manifestação da vida. Trata-se de experiências subjetivas que o sujeito vivencia no contexto sócio-cultural, de forma singular, e no compartilhamento do seu mundo com os demais sujeitos sociais. Além desta ideia, faz-se importante definir-se outros conceitos norteadores do SUS, adotados pelo Prisf:

- A integralidade, que prevê a realização de um conjunto de ações integradas nos três níveis de atenção, de acordo com a complexidade da necessidade dos sujeitos, inclui um repertório de saberes e práticas profissionais que promovam a co-construção da autonomia dos usuários e, recursivamente, o incremento dos processos de trabalho;
- A interdisciplinaridade, que objetiva incentivar a equipe multiprofissional ao desafio de integrar suas práticas, construindo espaços consensuais, de acordo com cada situação a ser abordada em sua especificidade. Estes espaços devem incluir os atores sociais representados pelos usuários, por meio da participação social, não apenas em macro contextos, como aqueles já previstos nas diretrizes do SUS, mas em micro-contextos, ou seja, decidindo sobre intervenções pontuais de saúde no cotidiano que serão planejadas juntamente com a equipe de saúde;
- A participação e controle social, por sua vez, garantem a inclusão dos usuários, partícipes dos conselhos locais de saúde, nas decisões sobre o SUS.

Assim, para a realização do trabalho são necessárias competências políticas, técnicas, teóricas e grande concentração no processo de trabalho, sem esquecer os conceitos transversais que se efetivam na prática, tais como a humanização e a ética, a integralidade e a construção do conhecimento por meio das práticas.

Partindo destes eixos norteadores, na residência o psicólogo integra as atividades compartilhadas, tais como: territorialização, planejamento local de saúde, mobilização e organização popular, participação nos conselhos de saúde, visitas domiciliares, consultas integradas, acolhimento resolutivo, grupos de promoção à saúde, terapia de rede e encontro de saberes, onde

se discute temas teóricos que venham a subsidiar a atividade prática.

O psicólogo realiza, ainda, atividades específicas de seu domínio, tais como atendimento psicológico a crianças, adolescentes, adultos, idosos e famílias, na concepção dialógica de compartilhar com os outros profissionais, quando necessário, a escuta apropriada dos usuários. Atende o que se caracterizam como "urgências psicológicas" e presta assessoria para a equipe de saúde como um todo, no que se refere aos processos de interativos e de comunicação. O psicólogo estabelece compromisso social com a problemática concreta vivida pelas diferentes usuários, famílias, comunidade e colegas de trabalho, e os fenômenos são pensados sempre no contexto.

Assim, o objetivo central do trabalho é a pessoa, a família ou coletividade e suas demandas, o que solicita. A lógica da atenção psicológica é calçada na criação de espaços conversacionais e dialógicos, em que a linguagem compartilhada entre os psicólogos e as pessoas envolvidas configura o contexto para a construção, desconstrução e reconstrução de significados.

O acolhimento é uma atividade central no processo de trabalho e é compreendido como um evento que articula três dimensões: a relacional, a organizacional e a ética. A dimensão relacional enfatiza o vínculo que envolve a interação entre pessoas, famílias, comunidade e profissionais de saúde; a dimensão organizacional se ocupa da reorganização dos processos de trabalho para atender às demandas de saúde; e a dimensão ética norteia a mudança da postura profissional para humanizar o atendimento e responder às necessidades de saúde dos cidadãos (Franco, Bueno e Merhy, 1999).

O acolhimento

não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde (Brasil 2004, p. 9)

O acolhimento é a atividade chave para a humanização do atendi-

mento. Acolher significa receber, prestar atenção, ouvir atentamente, levar em consideração, apoiar. Trata-se de uma atividade a ser desenvolvida pela equipe como um todo, obedecendo a uma organização entre seus membros. Para a realização desta atividade, o psicólogo, além de participar, poderá ajudar instrumentar a equipe, tendo em vista ser um dos profissionais mais preparados para este fim, isto é, para a compreensão do outro na sua alteridade.

A Psicologia enquanto ciência e profissão e seus desafios na saúde coletiva

Uma importante tarefa hoje para a ciência psicológica é questionar se o psicólogo está capacitado para trabalhar na perspectiva da atenção básica. A pergunta que se pode colocar é se a Psicologia deve abdicar de seu arsenal teórico-técnico para atuar na lógica do SUS. Acredita-se que não, embora concordemos que a formação do psicólogo, como tem sido processada nos cursos de graduação, é indivíduo-centrada, além de seduzida pelo "fascínio" da patologia. Direciona suas ações às causas e estratégias de intervenção para agir sobre elas, sobre a suposta origem dos sintomas e da doença, ou sobre o comportamento de risco que pretende modificar. Sem dúvida, uma perspectiva reducionista de pensar o ser humano não lhe instrumenta para atuar na atenção básica.

Considera-se que a psicologia como ciência e profissão reúne um corpo teórico e técnico para instrumentalizar uma atuação segundo a proposta problematizadora, que pensa educação em serviço visando saúde integral das famílias e das comunidades, ou seja, pertinente ao contexto da saúde coletiva. Esta, porém, prescinde dos *settings* pré-determinados preconizados pela clínica psicológica tradicional, por exemplo.

É inegável a potencialidade do corpo teórico da psicologia para pensar relações e práticas na perspectiva da clínica ampliada. Por esta razão é urgente teorizar sobre o que tem sido chamado de "clínica ampliada", que segundo Costa-Roza, Luzio e Yasui (2003), procura "ver" além do sintoma. A clínica como encontro capaz de produzir, no lugar de reproduzir sentidos, como se a identidade dos usuários pudesse ser pré-definida. Segundo estes autores, a clínica é um encontro de identidades, portanto, dos atores da saúde coletiva que incluem profissionais, usuários e gestores.

O surgimento do Nasf (Núcleos de Apoio à Saúde da Família): desafios e dificuldades de implementação

Considera-se que pensar a prática do psicólogo no Nasf leva necessariamente implícita uma reflexão preliminar sobre a proposta e os cenários de atuação.

A portaria que criou o Nasf (Brasil, 2008) propõe como objetivo "ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica". Os Nasfs

devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o Nasf está cadastrado (Brasil, 2008, p. 2)

Trata-se de proposta que vem incrementar a atenção básica, considerando que a equipe mínima da ESF, composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, e dentistas do Programa de Saúde Bucal, não poderia implementar ações integrais e interdisciplinares sem a participação de outras áreas do saber. Coaduna-se então com a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja proposta é criar tecnologia e ou mecanismos de atenção à saúde, em que a família é a protagonista principal, buscando seu emponderamento e fortalecimento como rede primária significativa para o desenvolvimento dos sujeitos.

Por sua vez, é importante lembrar que se fala de uma diretriz organizativa no contexto do Ministério da Saúde, visando acolher as necessidades da atenção básica principalmente em termos de gestão de saúde cabendo, no município, a metodologia de organização dos processos de trabalhos de todos os profissionais envolvidos nesses núcleos. Pensar, então, na formação dos profissionais que comporão estas equipes é muito importante. Pensar na forma pela qual serão contratados também é fundamental, além da preocupação sobre como serão construídos os processos de trabalho para que estes profissionais atuem no território e de

forma integrada, entre si e com as equipes que irão assessorar. Sabe-se que a portaria que cria o Nasf impõe ao processo de trabalho um grande desafio, ou seja, cada equipe Nasf terá que assessorar entre 8 e 20 equipes de Saúde da Família, situação esta que praticamente inviabiliza um contato direto com a população no território.

Nessa perspectiva, pensar atuação do psicólogo no Nasf leva à reflexão sobre a sua formação e à necessária referência ao trabalho que irá subsidiar, ou seja, um trabalho construído a partir da prática na atenção primária, dentro de um território e em uma perspectiva de promoção da saúde integral. Necessita-se atentar às dificuldades em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social.

Talvez um dos grandes dilemas enfrentados pelos psicólogos na atenção básica seja justamente esse: apesar de o Nasf ter sido edificado sobre a lógica do SUS, embora concebido enquanto tal, corre-se o risco de sua efetivação estar ameaçada pelo viés de uma formação descontextualizada, corporativista e clínica nos moldes tradicionais, além de assistencialista. Como criar alternativas teórico-metodológicas adequadas às peculiaridades dos diferentes contextos em que as equipes estarão inseridas mantendo como suporte políticas de saúde que possibilitem e efetivem ações interdisciplinares que saiam do papel e criem vida na construção diária com os parceiros?

Na proposta do Prif aprendemos cotidianamente a construir essa possibilidade, apesar de todos os desafios que o contexto do trabalho nos impõe. Por esta razão, esta proposta pode auxiliar na formação de profissionais que venham a atuar também nas equipes do Nasf.

O SUS trouxe um avanço sem precedentes. No entanto, enquanto as Universidades não tomarem para si a co-responsabilização sobre o processo de mudança do modelo de atenção, pouco estaremos fazendo para contribuir com esse processo. Elas podem contribuir para o avanço do SUS por meio de currículos edificados sobre a produção de conhecimento que gerem subsídios para se criar metodologias úteis ao avanço dessa caminhada. Isto pode ser feito por meio de projetos de pesquisa e extensão capazes de integrar o ensino às necessidades apontadas na relação com a comunidade.

Por outro lado, não podemos deixar de assinalar a importante fun-

ção das gestões municipais e estaduais de saúde enquanto garantidoras da implementação e efetivação das políticas preconizadas pelo SUS, assim como da própria viabilização dessas ações no domínio ministerial.

Sem dúvidas, nessa perspectiva é um desafio a formação continuada, o necessário investimento em contratação de pessoal, a implementação de ações políticas que garantam a efetivação desse modelo. Sem tais mecanismos, corremos o risco de nos tornar cúmplices de um processo estereotipado de discursos que nos levam à descrença e à esterilidade do saber.

Referências

Brasil, Ministério da Saúde. Humaniza SUS (2004). *Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético e estético no fazer saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria Nº 648*. (2006, 28 de Março). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria Nº 154*. (2008, 25 de Janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. Brasília: Ministério da Saúde.

Costa-Roza, A.; Luzio, C.A.; Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. Em. P. Amarante. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. NAU Editora, pp.13-44.

Franco, T.; Bueno, W. S.; Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-10.

Verdi, M. I. et al. (2003). Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: O desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In Brasil, Ministério da Saúde (Org.). *Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*, pp. 283-304.

Nilson Gomes Vieira Filho¹

Esse trabalho traz reflexão sobre a futura prática da psicologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com base nas experiências que o autor vivenciou em pesquisas participantes em dois Postos de Saúde da Família nas cidades de Recife (Vieira Filho, Rocha, França, 2006) e de São Paulo (Vieira Filho, 2008). Nos dois casos tratava-se de investigações na abordagem clínica psicossocial cuja implicação do observador participante possibilitava também ações conjuntas de colaboração nos acompanhamentos em saúde mental com a Equipe Saúde da Família (ESF). Segue a defesa de uma prática clínica complexa e em rede social para o psicólogo que deverá exercer sua função no Nasf. Esse tipo de abordagem foi objeto de três artigos já publicados e que estão disponíveis na internet: Vieira Filho N.G, Nóbrega S. M. da (2004); Vieira Filho (2005); Vieira Filho N.G, (2005a).

Nas experiências que tive na atenção básica na Saúde da Família (SF) em Recife e São Paulo, a demanda principal das equipes referia-se à psicologia de forma genérica, solicitando uma contribuição desta disciplina à SF. Nessa perspectiva, as questões mais freqüentes remetiam à prática cotidiana que os profissionais de saúde enfrentavam, sobretudo em relação aos pacientes em saúde mental que tomam o dito "remédio controlado", aos pacientes com doenças socialmente estigmatizadas (hanseníase, por exemplo), aos pacientes que não faziam uso dito "correto" da medicação e também às dificuldades da equipe em entender a subjetividade do outro, bem como os aspectos psicoculturais e espirituais na história de vida do paciente.

Solicitava-se então uma prática psicológica genérica mais adequada às condições concretas de atuação do psicólogo junto à equipe. Isto é, uma prática que tivesse uma metodologia clínica de intervenção interdisciplinar tanto dentro do serviço quanto no território e que possibilitasse ainda conexões e diálogo nas redes de atuação. O território era uma noção central: compreende o espaço geográfico e sociocultural da área de abrangência dos atendimentos e também o lugar do cotidiano do paciente, de sua residência (permanente ou temporária), ponto de partida de seus itinerários terapêuticos, redes de relações e micro-cultura viven-

1 Professor Dr. (Pós-Doutorado) Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas

ciada. Destacava-se como lugar onde as relações de cuidados tinham um grau de implicação interpessoal e comunitário importantes, sobretudo quando se tratava de profissionais como os agentes comunitários de saúde que moram neste espaço geográfico.

A prática da clínica do psicólogo no Nasf seria de abordagem clínica psicossocial. Esta abordagem considera o usuário como sujeito-social, enfatiza a compreensão de sua subjetividade, corporalidade, historicidade, nas ações terapêuticas, preventivas e de promoção da saúde. Enfoque que tem como ponto de partida a práxis do trabalho terapêutico em rede social (Vieira Filho N.G, Nóbrega S. M. da (2004)) e o processo de relações de cuidados à saúde no interior dessas mesmas relações e rede de relações intra e interinstitucionais e comunitárias. Situação que indica a necessidade de reconstrução de conceitos tradicionais como transferência, empatia, ressonância para poderem ser utilizados nessas redes de relações, assim por diante.

O saber psicológico interdisciplinar requer, a sua vez, relação de poder horizontalizado e não arraigado às abordagens tradicionais (Vieira Filho, 1998). Portanto, saber em co-construção psicológica com os saberes da medicina, enfermagem, odontologia etc e também com os do senso comum, tentando evitar superposições e imposições teóricas aos colegas de trabalho e ao paciente. O processo dialógico é fundamental tanto na construção deste conhecimento clínico quanto na postura (não autoritária) do psicólogo nas relações de cuidados (Vieira Filho, 2007). Acordos consensuais, tácitos, estratégicos são possíveis nessa dinâmica dialógica para melhor qualificar o atendimento ao paciente.

As ações de cuidados do psicólogo com outros colegas, na intersecção saúde mental/saúde da família, ocorreriam com a possibilidade de se trabalhar com a rede de serviços oficiais (Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, hospital geral, etc) e comunitários (centros de convivência, clubes de lazer, igrejas) nas intervenções com o paciente e simultaneamente com sua rede de relações significativas (família, vizinhos, amigos). Essa rede interpessoal do paciente pode ou não ser ativada no processo de acompanhamento do paciente pelo psicólogo/equipe(s) dependendo da necessidade de cada caso particular.

O significado de rede é polissêmico: conexão, ligação, laço, entrelaçamento. Pode ser utilizado, por exemplo, como conexões nas ações de saúde da família e saúde mental, como laços sociais nas redes do paciente

ou como laços sociais nas relações de cuidados, com implicações afetivas e sociais, consciente e inconsciente. A enfermidade e o sofrimento do paciente sujeito-social estão intrincados na dinâmica específica (conflitiva ou não) das redes que ele vivencia. Mas, enquanto fenômenos complexos, estão também ligados à corporalidade singular e à história de vida nos contextos sociohistóricos específicos. O decifrar esses fenômenos clínicos deve ocorrer no processo de comunicação dialógica entre o psicólogo/equipe(s), o paciente e/ou pessoa(s) de sua rede significativa. De fato, há duas equipes a considerar no trabalho mais direto: a do Nasf, onde o psicólogo estará inserido, e a da saúde da família. Situação delicada que pode exigir mais tempo nas decisões práticas e comunitárias, necessitando assim de manejo administrativo adequado para o trabalho em rede social.

Um breve exemplo de deciframento dialógico da enfermidade/sofrimento ocorrido durante o acompanhamento terapêutico domiciliar de um paciente, morador de favela, de uma clínica-escola em trabalho simultâneo com o Programa Saúde da Família. No período de pós-internação em hospital psiquiátrico, a mãe deste paciente perguntou sobre a doença dele, pois não conseguia se lembrar "daquele nome complicado" que o médico tinha lhe falado. Disse-lhe, em visita domiciliar e na presença de seu filho, que o nome era *esquizofrenia*. Ela, admirada, respondeu: "é esse nome mesmo!". Pediu que o psicólogo explicasse esse transtorno, mas ele devolveu a pergunta solicitando que ela respondesse o que o filho tinha com suas palavras. Ela afirmou que para ela o filho tinha mesmo era "nervo frouxo", isto é: quando ele não tomava o remédio (neurolético) que o médico passava seus "nervos afrouxavam" e a partir daí ele começava a não dizer as coisas direito ou a falar coisas estranhas ou a falar que entendia as coisas e depois parecia que tinha esquecido tudo. Ficava irrequieto, meio sem rumo, exagerava nas orações (era evangélico) e não se alimentava com regularidade. O filho acrescentou que se sentia, nessa ocasião, meio grogue, como se tivesse ingerido bebida alcoólica.

Para remediar essa situação a prescrição da mãe foi "amarrar os nervos" do filho com a medicação, à qual ele não queria aderir, reclamando ainda de alguns dos efeitos colaterais. Valorizei a representação subjetiva que a mãe elaborava sobre a doença/sofrimento do filho dizendo que na medicação tinha alguma substância que entrava nos "nervos" e que dava aquele efeito de "amarração" e aí ele melhorava o seu equilíbrio, mas re-

conheci também os efeitos colaterais falados pelo paciente. Entramos em acordo que ambos se ajudassem quando aparecesse o "nervo frouxo" e, nesse caso, procurassem o posto do PSF para consulta médica. Semanas depois a médica do posto informou contente que o paciente procurou sozinho a marcação dessa consulta. Depois, comunicou que até dois anos após essa iniciativa ele não tinha mais sido internado. Ao contrário, estava empregado com carteira assinada. A hipótese aceitável é que houve eficácia na comunicação dialógica possibilitando adesão mais adequada ao tratamento, destacando-se aí a importância significativa dos agentes de saúde que o visitavam com regularidade.

A partir deste breve exemplo percebe-se que a formalidade do diagnóstico sintomatológico e do dizer formal do médico não parecia colaborar com a eficácia terapêutica. Ao contrário, causava confusão interpretativa na mãe e no filho e dava a entender para ambos que se tratava de uma enfermidade complicada e com um destino cruel, pois sem cura. No momento que esta relação vertical foi quebrada e que mãe e filho puderam conversar dialogando com o psicólogo sobre o que cada um sentia e compreendia sobre aquele fenômeno que estava se passando com o paciente, o acompanhamento interdisciplinar começou a fluir e a ter resultado. O "nervo frouxo" pode ser entendido como uma metáfora para falar de uma "doença dos nervos" específica, expressão que dava inteligibilidade e sentido a doença/sofrimento do filho, teoria intuitiva que possibilitava dialogar com aspectos sintomatológicos da visão médica de esquizofrenia.

Entre a equipe do Nasf e a(s) equipe(s) da Saúde da Família é prevista uma responsabilização compartilhada do trabalho no território e o acompanhamento longitudinal do paciente ficaria sob a responsabilidade direta da equipe de Saúde da Família, além do papel desta de coordenação dos cuidados desse paciente no Sistema Único de Saúde (MS, Portaria nº 154). Pode-se deduzir que o trabalho do psicólogo/equipe no Nasf seria mais de compartilhar responsabilidade em determinados casos acompanhados conjuntamente e de elaborar também os projetos terapêuticos com a equipe do SF. Em saúde mental esse trabalho daria prioridade às situações de riscos psicossociais e/ou de enfermidade mental, tentando aproveitar a integralidade dos recursos advindos desta prática.

Então, tudo isso significa que a prática do psicólogo no Nasf seria antes de tudo uma prática clínica psicossocial que vem responder à multiplici-

dade de demandas referentes à saúde mental/saúde da família dos usuários, particularmente, às situações de riscos ligadas às problemáticas socioculturais e/ou corporais que eles vivenciam. Um diagnóstico desta situação de risco requer não somente a interdisciplinaridade, mas, também, reflexão em equipe a respeito das concepções ou representações do senso comum do paciente (e/ ou pessoas da sua rede significativa) sobre seu sofrimento/ adoecimento, bem como sua situação de inserção/exclusão social. Diagnóstico inserido no projeto terapêutico do paciente e que articula a terapêutica, a promoção e a prevenção ao invés de separar estes três momentos.

Ou seja, o simples diagnóstico do Código Internacional de Doenças (CID) e a dedução deste como um dado para as ações interventivas do psicólogo/equipe é insuficiente e não recomendável. Das observações da prática clínica levantam-se hipóteses sobre a problemática psicossociobiológica do paciente que não se confunde e nem se reduz as descrições sintomatológicas do CID. Este código apresenta, sobretudo, descrições de patologias. Isto significa que essas descrições remetem ao processo de enfermidade que já está emergente e/ou estruturado. Por isso o psicólogo e a equipe devem estar atentos a qualquer interpretação precipitada que não reconheça a enfermidade como processo, mas a entendam como dado patológico. Se o fenômeno enfermidade é visto enquanto processo, ele é suscetível de transformação e mudança, podendo regredir, estabilizar-se ou evoluir, dependendo da situação de cada sujeito e de sua história de vida. Vendo deste modo, as informações do CID podem ser importantes em determinados casos, devendo ser conectadas com outras informações percebidas a partir da escuta da subjetividade de quem sofre de tal enfermidade.

O projeto terapêutico do paciente é possível quando se considera a possibilidade de mudança de cada sujeito. Projeto em construção permanente durante o período de acompanhamento deste caso em abordagem em rede social. O diagnóstico como parte deste projeto possibilita o psicólogo/equipe(s) entendê-lo como associado à inserção social do paciente, bem como a seu projeto de vida, a sua vez vivenciado em contextos sócio-culturais. Esse projeto terapêutico dá ainda coerência às diversas intervenções que podem advir durante o acompanhamento do paciente: consulta, visita domiciliar, atendimento à família, colaboração com centro de convivência e/ou cooperativa social etc. Intervenções que não seriam mais vistas de forma pontual e dispersa mas, ao contrário, passariam a

serem entendidas como articuladas umas às outras na lógica do projeto terapêutico do paciente.

Referências

Vieira Filho N.G, Nóbrega S. M. da (2004) A atenção psicossocial em saúde mental: Contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia (Natal)* 9(2), 373-379.

Vieira Filho N.G (2005) A prática complexa do psicólogo clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 22(3), 301-308.

Vieira Filho N.G (2005) A Clínica Psicossocial e atenção de cuidados religiosos ao sofrimento psíquico, no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia Ciência e Profissão* 25(2), 228-238.

Vieira Filho N.G., Rosa M. D., Vidal T. M. (2008) Intervenções em rede: a prática de apoio matricial entre saúde mental e atenção básica- Estratégia Saúde da Família. Texto Completo nos Anais do VIII Simpósio Nacional de práticas Psicológicas em Instituição, I.P.-USP.Site:www.ip.usp.br/lefe

Vieira Filho N.G (2007) Do diálogo freireano à dialogicidade na relação de cuidados em saúde mental. Texto Completo nos Anais do VII Simpósio Nacional de práticas Psicológicas em Instituição, PUC-SP, Programa de Pós-Graduação em Educação.

Vieira Filho N.G, Rocha E. C., França E. M. (2006) Saúde mental na prática da atenção integral do Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2 (5) 15-22.

Vieira Filho N.G, (1998) Fundamentos do atendimento psicoterápico psicossocial. In Vieira Filho N.G, (ORG) *Clínica Psicossocial. Terapias, Intervenções, Questões teóricas*. Recife: EDUFPE.

Márcia Rodrigues¹

A contemporaneidade aponta para uma mudança na lógica da assistência, com novos desafios, novas construções, novos saberes e novas ações. A portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 propõe a necessidade de ampliação das ações no que diz respeito à saúde pública no país. Ao criar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), "com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica", o Ministério da Saúde reafirma a necessidade de construção de uma nova lógica de atenção, potencializando as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade.

As novas estratégias pensadas devem visar melhor assistência aos nossos usuários, promover a autonomia e a co-responsabilidade do indivíduo em seu processo de saúde-doença, fortalecendo, assim, as ações da atenção primária.

A proposta da portaria nº 154 é atual no sentido que faz com que os profissionais da saúde reavaliem a forma e a lógica do atendimento praticado e ampliem suas ações no que diz respeito à promoção de saúde e prevenção de agravos. Este convite à reflexão promove discussão mais ampla sobre a formação e a orientação acadêmica destes profissionais. Se a lógica da recuperação baseada nos sintomas ainda prevalece na nossa formação acadêmica e no nosso fazer, como acontecerá a transposição, na prática, das ações já desenvolvidas para as novas ações propostas?

A aprovação da Lei 10.216, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", propondo um novo modelo de assistência ao portador de transtorno mental, de acordo com a reforma psiquiátrica, provoca um novo fazer, e, junto com ele, novas práticas e outras possibilidades de ações.

Diante desta nova lógica de assistência, a saúde mental logo percebeu que, para potencializar o seu fazer (atenção psicossocial, pro-

1

Psicóloga, Coordenadora de Saúde Mental de Ribeirão das Neves (MG)

moção da autonomia, resgate dos laços sociais e da cidadania, etc), era necessário incluir outros atores e começou a desenvolver ações intersetoriais. O matriciamento das ações de saúde mental na atenção primária veio como nova possibilidade de intervenção na assistência, ampliando possibilidades de promover mudanças. Em algumas cidades do Brasil, estas ações já acontecem, como, por exemplo, em Ribeirão das Neves – MG, onde o matriciamento em saúde mental iniciou-se em novembro de 2005. Os resultados dessa intervenção, ao final de 2 anos e 6 meses, incluem: melhor interlocução entre a saúde mental e a atenção primária; maior assertividade nos encaminhamentos das equipes; ampliação da assistência ao portador de transtorno mental grave no território; a percepção do usuário com transtorno mental como usuário da saúde, dentre outros resultados já citados na "Mesa de Relato de Experiências".

Na nossa experiência no município de Ribeirão das Neves as ações do psicólogo são voltadas para:

- Promover discussão clínica em Saúde Mental de forma interdisciplinar;
- Realizar acolhimento compartilhado de usuários selecionados;
- Realizar grupos de reflexão com as equipes de Saúde da Família;
- Realizar grupos terapêuticos;
- Realizar capacitação em temas da especialidade;
- Realizar visitas domiciliares com os profissionais das equipes de Saúde da família em casos selecionados;
- Realizar ações de cuidado do cuidador;
- Viabilizar a interlocução entre Caps e Atenção Primária;
- Intervir no coletivo;
- Promover ações que estimulem a capacidade de resiliência da população;
- Promover atividades que incentivem o senso de cidadania e autonomia;
- Promover discussão intersetorial com os atores da rede e da Comunidade;
- Participar com as equipes de Saúde da Família e usuários das diversas atividades promovidas pelo próprio serviço, parceiros ou comunidade.

A saúde mental já desenvolvia ações intersetoriais junto à Atenção Primária e, diante disso, é inegável que fará contribuição diferenciada na composição da equipe do Nasf. Talvez por isso, e não só por isso, as equipes do Nasf tenham recebido a recomendação de ser compostas com pelos menos um profissional de saúde mental.

No entanto, a orientação destaca três categorias: o psiquiatra, o psicólogo e o terapeuta ocupacional. O que vai sustentar a presença do psicólogo na participação deste núcleo é como esse profissional vai se apresentar e se comprometer com as ações propostas.

Cabe ao profissional da psicologia apropriar-se deste contexto, ou seja, no que diz respeito à Saúde Pública/SUS; à Política Nacional de Humanização; à Política Nacional de Atenção Básica; à Política de Promoção de Saúde; à Clínica Ampliada; à responsabilização pelo território; noções sobre Rede Social e às Diretrizes Nacionais para a Saúde Mental no SUS, estando sempre aberto a outros saberes, para que se apresente diferenciado e proativo nesta nova proposta de atuação.

Acredito que os desafios da nova lógica proposta estão em estabelecer melhor interlocução entre o programa da Atenção Primária e a Coordenação de Saúde Mental, e viabilizar melhor capacitação para os profissionais que irão compor o Nasf, além de formação permanente no que diz respeito a situações que são comuns ao território, tais como: discussões sobre promoção de Saúde; trabalho em equipe; formação e dinâmica de grupo; noção de território; como envolver e trabalhar com a comunidade; como dialogar com o território; trabalhos coletivos; noções básicas de psicofarmacologia; psicopatologia dos transtornos mentais leves e moderados e suas implicações diagnósticas; psicopatologia dos transtornos mentais graves – do surto psicótico, remissão e descompensação; dependência de álcool – possibilidades de tratamento e acompanhamento pela equipe de saúde da família; responsabilidade pelo território – transtornos mentais graves e persistentes; como abordar a questão da tentativa de auto-extermínio; problematizar e trabalhar a dependência de benzodiazepínicos; como trabalhar a atenção integral à criança e ao adolescente no território e sensibilização da comunidade por meio de fóruns regionais sobre redução de danos.

É importante destacar que cada território vai sinalizar quais são

seus pontos fortes e fracos e diante do diagnóstico é que serão desenvolvidas as ações.

As estratégias de intervenção devem problematizar a realidade da população e os fatores que podem causar o adoecimento, propor mudanças e contribuir para a construção de hábitos de vida mais saudáveis. Cabe a cada um de nós, profissionais da saúde, aceitar ou não esse desafio.

Carlos Alberto Pegolo da Gama¹

A denominação saúde mental que é usada pela maioria dos profissionais psicólogos que trabalham na área de Saúde Pública apresenta alguns problemas. Em determinado momento, o aparecimento do termo saúde mental foi considerado um avanço, pois colocou o foco em questões que não eram tratadas e desta maneira adquiriram visibilidade. No entanto, quando pensamos a situação atual da atenção primária, o termo saúde mental causa certa tensão, pois reafirma a separação entre mente e corpo, favorecendo certa dissociação no tratamento das questões. Desta maneira, apesar de continuarmos utilizando o termo saúde mental, estamos tratando do mental presente na questão saúde-doença.

A demanda relacionada à Saúde Mental na Atenção Básica é muito grande e diversificada. Há poucos estudos epidemiológicos a respeito desta demanda, mas os existentes indicam alta prevalência de problemas que provocariam sofrimento mental na população.

Maragno et al (2006) pesquisou a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) em unidade do Programa Saúde da Família(PSF)-Qualis na periferia de São Paulo. A definição de TMC utilizada refere-se a indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV e CID-X, mas que apresentam sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas que trazem incapacidade muitas vezes pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. A prevalência encontrada foi de 24,95%, sendo que os grupos mais vulneráveis foram mulheres, idosos, baixa escolaridade e menor renda per capita. Barros (2005), estudando uma população de 3.890 pessoas com 18 anos ou mais, verificou a prevalência de TMC de 17,4%.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2003) aproximadamente 20% da população do país necessitaria de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos

1 Mestre em Psicologia Clínica. Doutorando em Saúde Mental e Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor da Universidade São Francisco com experiência em Psicologia Social, Saúde Mental e Saúde Pública

menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados eventuais e 8% da população apresenta transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento regular.

Frente a estes números, a primeira reação é de preocupação, haja vista que na grande maioria dos municípios a área de saúde mental é praticamente ausente ou, quando existe, não consegue dar respostas às demandas apontadas. O número de profissionais na área vem aumentando nos últimos anos (Mary Jane Spink, 2007), mas ainda está muito distante do mínimo necessário. A presença obrigatória de um profissional da área de saúde mental na equipe mínima do PSF parece que também já está fora de cogitação.

Em novembro de 2003, o Ministério da saúde edita a Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, denominada "Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica". Esse documento começa a delinear algumas diretrizes para esta aproximação propondo o apoio matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica, a formação como estratégia prioritária e a inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica.

O modelo proposto pressupõe uma rede de cuidados de base territorial e possibilidade de intervenções transversais de outras políticas públicas. Há uma aposta no acolhimento e estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento. Os princípios fundamentais desta articulação são a noção de território, organização em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares. O documento propõe também a criação de alguns indicadores relacionados a problemas com álcool e drogas, transtorno mental grave e de pacientes egressos de internação, transtornos convulsivos, usuários de benzodiazepínicos e tentativas de suicídio. Esta proposta não foi implementada, sendo seguida da portaria nº 154 em janeiro de 2008.

Diante deste quadro, a portaria nº154, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, deve ser avaliada de maneira crítica, ressaltando os avanços e retrocessos que podem acontecer a partir dela. Sabemos o

quanto é complexo o atendimento na área de saúde mental e como a capacitação dos profissionais para lidar com esta demanda é cara e demorada. Imaginemos uma cidade de cem mil habitantes que conte com 12 unidades de Saúde da Família. Pela portaria, teríamos uma equipe do Nasf no município, que poderia ter um psicólogo responsável por aproximadamente 10 mil famílias. Imaginemos que não haja psicólogo nas equipes de PSF. Este profissional do Nasf ficaria com uma enorme responsabilidade e de certa maneira isolado. A saúde mental das populações, se não for bem trabalhada, por profissionais capacitados, tem grande chance de realizar uma série de posturas inadequadas, tais como ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, moralistas e repressivas; infantilização; medicalização do sofrimento psíquico; expectativas de comportamento agressivo, entre outras. É muito comum a ação da saúde mental no sentido de servir de proteção e abrandamento à revolta relacionada aos problemas sociais.

A portaria nº 154 afirma que o psicólogo do Nasf terá de dar atenção às demandas da atenção básica. Uma atenção não muito bem definida e que pode cair na atenção secundária, isto é, os psicólogos do Nasf serem utilizados para fazer atendimentos clínicos. Pelos números apresentados, seria impossível o psicólogo do Nasf prestar esta assistência e realizar todas as outras ações descritas na portaria. Sabemos que a maioria dos gestores tem uma visão precária a respeito das questões de saúde mental e pensarão o Nasf para responder a esta demanda, focalizando no sintoma.

Por outro lado, entendemos que a proposta traz avanços. Podemos entendê-la como uma abertura de espaço. Abertura para uma construção complexa que necessitará de outras propostas, de outros espaços e de uma quantidade maior de profissionais. O Ministério da Saúde não tem clareza a respeito de qual é a política de saúde mental que deseja implantar na atenção básica. Para os casos mais graves, apesar das críticas e dificuldades, reconhecemos uma política mais delineada, que já tem um tempo de implantação e está no momento sendo avaliada. A atenção básica ainda necessita de uma política e o Nasf pode ser o início deste processo.

Além da grande demanda de casos no território, o psicólogo do Nasf terá outros desafios. O primeiro deles está relacionado à necessidade de transformação da imagem do psicólogo diante da equipe de saúde e da

população. A figura do psicólogo clínico tradicional ainda está muito presente e dela parte uma demanda pré-formatada de terapia. Reverter esta imagem ocupando novos espaços nos parece fundamental. Esta mudança vai no sentido da multidisciplinaridade e da discussão a respeito dos conceitos de núcleo e de campo.

Identificamos, também, uma demanda por saúde mental da própria equipe de profissionais. Há adoecimento dos profissionais na atenção básica em volume que não é desprezível, por causa do acúmulo de casos, das pressões sociais e das condições de trabalho. Como na maioria das vezes não há retaguarda e escuta para estes profissionais lidarem com a impotência e o sofrimento, eles terminam pedindo ajuda para o profissional da área de saúde mental. Rosana Onocko Campos (2005) afirma que a capacitação diminui o sofrimento psíquico do próprio profissional. Quer dizer, o profissional que consegue elaborar um pouco mais as diversas relações que estabelece com o usuário da atenção básica sofre menos e não adocece.

Há outra demanda que é social e passa por uma análise da estrutura social e das instituições. Por exemplo, como os profissionais do PSF entendem a questão da violência? Como se produz essa violência? O psicólogo, pela sua formação, teria mais elementos para propor uma reflexão a respeito destas questões sociais.

Assim, a implantação dos Nasfs pode simplesmente ajudar a reproduzir práticas antigas, especialmente se a intervenção resumir-se ao atendimento, atuar como uma atenção secundária, ficar somente na saúde mental, isolar-se das outras áreas. Mas, há possibilidades de avanços se os profissionais entenderem o Nasf como abertura de espaços, como incorporação da complexidade na atenção básica e estruturação de modelos. Neste sentido, pensamos que o trabalho estaria relacionado a três eixos principais:

1. Aspectos relacionados à subjetividade na produção de cuidados em saúde

A Estratégia de Saúde da Família é considerada muito avançada como proposta de intervenção na medida em que aposta na questão do vínculo como sustentáculo das ações em saúde. No entanto, quando nos aproximamos das equipes, notamos a falta de preparo básico em discus-

sões relacionadas à subjetividade e uma grande sensação de desamparo frente às demandas extremamente complexas no cotidiano do serviço. É importante aprofundarmos qual tipo de contribuição o psicólogo pode trazer para a equipe e que ela realmente não possui. Esta atuação estaria centrada na equipe, por meio da proposição de discussões e temas relacionados ao processo saúde-doença, normal-patológico, valores, crenças, concepções de subjetividade, acolhimento, etc. O psicólogo do Nasf elaboraria estratégias de aproximação às equipes, visando trabalhar questões relacionadas à saúde concebida de maneira mais ampla, com objetivo de transformar o imaginário do serviço. Estas intervenções funcionariam também como uma espécie de apoio psíquico aos trabalhadores. Os profissionais da Atenção Básica precisam de apoio, uma parte é tarefa da gestão, outra parte cabe aos profissionais da saúde mental.

2. A Clínica ampliada (matriciamento)

O profissional psicólogo não pode abrir mão da clínica, mas tem a tarefa de transformar esta clínica, de integrá-la ao território. São inúmeros os recursos que o psicólogo possui para trabalhar na atenção básica. Teorias sistêmicas a respeito das dinâmicas familiares, teorias a respeito do funcionamento grupal, plantão psicológico, aconselhamento psicológico, acompanhamento terapêutico, a clínica da psicose produzida pelo Caps, as mediações, as oficinas psicossociais, as oficinas terapêuticas, as oficinas de geração de renda, as teorias psicossociais e comunitárias, a psicologia institucional, etc. O profissional precisa perceber que existe necessidade de construção de um campo que vai permitir que um tipo de prática possa ser realizada. Em alguns lugares esta construção está mais avançada, em outros praticamente não existe. A construção relaciona-se a um trabalho com a equipe e não deve ser confundida com o de supervisor ou terapeuta da equipe. Relaciona-se também com a construção do território, isto é, as potencialidades deste trabalho necessitam ser despertadas nos profissionais e o psicólogo, por conta da especificidade de sua formação, tem mais instrumentos para elaborar as relações entre espaço e subjetividade. Parece que pensar em um psicólogo generalista é pejorativo. Será que podemos pensar em um psicólogo sanitarista?

3. Rede de cuidados e intersetorialidade

Neste eixo de atuação, o psicólogo do Nasf ajudaria na construção do modelo de atenção. A partir das configurações do território ele desenvolveria ações no sentido de integrar os equipamentos de atenção à saúde mental já existentes no município, organizando reuniões, facilitando a comunicação e as trocas, incentivando a co-responsabilização dos casos e as parcerias. Da mesma forma, atuaria no sentido de criação e manutenção de reuniões regulares entre os diversos setores presentes no território, apoiando iniciativas de parcerias para a resolução dos problemas. Investiria também no contato com a gestão, no sentido de capacitá-la para o entendimento do que é saúde mental e as alternativas possíveis para resolução dos problemas.

É importante destacarmos que o trabalho do psicólogo como integrante da equipe do Nasf está muito relacionado à construção de estratégias e dispositivos de intervenção inovadores, o que exigirá deste profissional muita criatividade e reflexão. Neste sentido, é muito importante a criação de espaços de trocas de experiências tanto na forma de encontros e congressos, como na forma de publicações de experiências a respeito das práticas.

Referências

BARROS, M.B.A. Transtorno mental comum in César, C.L.G. *Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo* – São Paulo: USP/FSP, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2003) Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Circular Conjunta n **01/03** de 13/11/2003 –

BRASIL. Ministério da Saúde -(2007a) Atenção Básica e Saúde da Família Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> - acesso em 20/12/2007-

BRASIL. Ministério da Saúde. (2007b) Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007, 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2008) Portaria nº 154, de 24/01/2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

CAMPOS, G.W.S. (1992). *Reforma da Reforma - Repensando a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

Campos, G.W.S. 1994. Sobre a reforma dos modelos de atenção: um modo mutante de fazer saúde. In: *Inventando a mudança na saúde*. Cecílio, L.C. O. (org). São Paulo: Ed. Hucitec.

CAMPOS, G.W.S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. (2007) Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde in *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev,

CARMAGNANI, M.I. & SANTANA, M.L. (2001). Programa de Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. In *Revista Saúde e Sociedade*, 10(1).

MARAGNO, L. et al.(2006) Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. In. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.8, p.1639-1648.

OMS (2001). Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Biblioteca da OMS.

ONOCKO CAMPOS, R. (2005). O encontro do trabalhador- usuário na aten-

ção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3),573-583.

ONOCKO CAMPOS, R. et al(2005) Pesquisa avaliativa da rede Caps de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva. Disponível em URL: http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/pesquisa_avaliativa.php

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. (orgs) (2008) *Avaliação em Saúde Mental: participação, intervenção e produção de narrativa*. Sao Paulo, Hucitec (no prelo)

OURY, J., 1991. Itinerários de formação. In: *Revue Pratique* nº 1 pp. 42-50. Tradução: Jairo I. Goldberg. (mimeo s/d e sem paginação).

PASSOS, E. & BENEVIDES, R., 2001. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. In: *Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ*. Rio de Janeiro, V13, n.1, p 89-100.

SAWAIA, B. (2001). *As artimanhas da Exclusão. Análise Psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Editora Vozes.

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

Delvo Ferraz da Silva¹

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 é uma enorme conquista para a sociedade brasileira, para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e em particular para todos os profissionais que atuam na área da saúde e defendem uma ação multiprofissional, multidisciplinar, nesta área do saber.

É preciso chamar a atenção de todos para o fato de que, hoje, o Conselho Nacional de Saúde é composto por diversos representantes da sociedade civil entre os quais há representantes dos usuários e trabalhadores do SUS, organizações sindicais, associações, sociedades científicas, conselhos de classe profissional, governo, federações de trabalhadores e outras organizações; isto equivale dizer que a sociedade está amplamente representada. Pode-se dizer ainda que foi em decorrência desta ampla representatividade e a partir dela que foi possível aprovar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na forma como o texto se apresenta. Representantes das forças conservadoras se opuseram de forma importante e enfática à sua aprovação, sustentaram -e sustentam ainda hoje - a tese de que caso fosse aprovada (principalmente a Medicina Tradicional Chinesa -Acupuntura) esta deveria ficar restrita ao profissional médico para coordenação, implantação e execução.

Em nossa sociedade, estas mesmas forças contribuíram de forma importante para que a implantação das práticas integrativas e complementares não fosse incorporadas às ações de saúde, pensamento este que segue em sentido contrário ao que esta ocorrendo na maioria dos países ocidentais.

Para se ter uma idéia da força desta oposição, em 1962 a Organização das Nações Unidas sugeriu aos países membros da instituição que integrassem as práticas alternativas às suas estratégias de saúde. Esta mesma sugestão, agora dirigida principalmente aos países em desenvolvimento, foi reforçada em 1979.

Segundo o ideário da Organização das Nações Unidas, em 1986, já era possível a aproximação entre as ciências (ocidentais) e as antigas tra-

1 Psicólogo especialista em acupuntura, em Fisiologia Humana Aplicada à Medicina e Presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura (Sobrapa).

dições (principalmente as orientais), sendo que ambos os conhecimentos poderiam ser colocados a serviço do ser humano, principalmente em nossa discussão de hoje, na área da saúde, conforme a Declaração de Veneza.

Somente em 1986 o Brasil acata oficialmente estas sugestões, por meio da 8ª Conferencia Nacional de Saúde, com ampla participação da sociedade por meio de um grande número de entidades (em uma época que se aclamava pela redemocratização de nosso país).

Embora finalmente aprovada a sua inserção, somente em 2006, quarenta e quatro anos depois, é que oficialmente a milenar arte da medicina tradicional chinesa-acupuntura, foi inserida no SUS, pela aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Assim mesmo, depois que a Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura (Sobrapa) fez duras críticas ao texto original, em ofício ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), criticando o texto original que previa a implantação somente por profissionais médicos.

Embora o texto e sua implantação tenham sido aprovados, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 971, hoje as mesmas forças conservadoras lutam para não integrar estas outras formas de saber, advindas das tradições, mas sim, para incorporá-las ao pensamento alopático e suas bases de sustentação teórica, por exemplo, a anatomia e a fisiologia ocidental. Buscam ainda mudar a própria linguagem simbólica utilizada pela acupuntura substituindo-a pela utilizada na medicina alopática.

Hoje, esta é uma nova frente de batalha, pois a milenar acupuntura, com suas bases originais, as tradições, representa o descolonialismo cultural e mental impostos a nós pelo modelo científico europeu e americano. Modelo este exportador de um pensamento que defende a existência de uma única forma de conhecimento disponível e confiável - a ciência cartesiana.

A acupuntura é ameaçadora exatamente por ser diferente, propor intervenções diferentes e, principalmente, na minha opinião, pelos resultados que apresenta e que hoje são mensurados, fotografados e acompanhados pela tecnologia, além de sua eficácia que pode ser acompanhada por dois terços dos habitantes do planeta nestes últimos cinco mil anos.

É preciso chamar a atenção dos colegas: esses dois terços do planeta, em número de habitantes, já tinham um modelo explicativo da psique humana há aproximadamente 2000 anos antes de Cristo, modelo conhecido pelos acupunturistas ocidentais como entidades viscerais.

Outro aspecto importante é que a discussão em torno da acupuntura vem trazendo a busca pelo resgate às tradições dos índios, dos povos das montanhas, dos ribeirinhos, dos afro-descendentes, dos "orientais", dos agentes de saúde, dos fitoterápicos, dos remédios caseiros, das práticas populares em saúde, enfim, de outras formas de atenção a saúde, sejam elas físicas ou psíquicas. Também propicia aos países latino-americanos a busca, o resgate, das suas tradições e histórias, como foi possível observar no 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, patrocinado pelo governo brasileiro, com a presença dos representantes de países como Cuba, Venezuela, Argentina, México, Bolívia, China e da Organização das Nações Unidas (ONU).

Defender a integração entre ciência e tradição, psicologia e acupuntura e a sua implantação, por meio de uma visão crítica e equilibrada, possibilitará colocar o melhor do ocidente e do oriente a serviço do ser humano. Isso, claro, exigirá sempre muito trabalho.

Nessa linha da Portaria nº 971, a Portaria nº 154 cria o Nasf e propõe a composição de cada uma das equipes de profissionais. No caso específico do profissional psicólogo, este atuará em duas frentes distintas: uma como psicólogo acupunturista e outra como psicólogo da saúde mental. Segundo a portaria, são funções diferentes e necessitam de profissionais psicólogos especializados em cada um destes afazeres.

Esta Portaria abre espaço para aproximação entre as ciências, neste caso a Psicologia, e as Tradições, a milenar acupuntura.

Acredito que poderemos e devemos aproveitar este espaço que se abre para construirmos algo que traga para a população realmente o melhor. Cabe aos psicólogos fazê-lo.

Marcela Lucena¹

Se considerarmos que o Núcleo de Apoio ao programa Saúde da Família é um instrumento de viabilização (a Maria Aparecida Crepaldi fala disso) e, por ser um instrumento, tem problemas, é possível, por meio da crítica, fazermos algumas recomendações para rever a portaria que o instituiu. O nosso grande mérito seria, por meio do debate, tirar algumas referências.

Pela riqueza das discussões, penso que as referências para a prática da psicologia vão além do seu próprio campo, inclusive demandando do Conselho Federal de Psicologia um posicionamento político frente a essa nova proposta. A Henriete Mourão fala da necessidade de construir um norte. Nesse sentido, elenquei alguns pontos que tentam sistematizar as coisas que foram aqui ditas, na perspectiva de construir alguns consensos entre nós:

- a. Construção de respostas no território;
- b. Empoderamento dos processos no território;
- c. Superação do modelo tradicional dos ambulatórios que têm influência muito forte do modelo privado;
- d. Dar um salto para o trabalho dialógico e para a construção coletiva;
- e. Eleger o apoio matricial como via;
- f. Realizar uma intervenção na perspectiva sanitária, clínica e técnico-pedagógica, pois, se falamos do empoderamento no território, temos que falar de trocas e de transferência de tecnologias.

Pensando nesse posicionamento político, se conseguirmos ter consensos sobre essas coisas, já teremos um norte. A organização do processo de trabalho acontecerá conforme cada região, de acordo com a formatação de cada equipe. Mas, se tivermos uma direção clara, garantimos a coerência do processo.

As referências e os fundamentos da prática de alguma forma já foram colocados aqui:

1 Psicóloga e Sanitarista com Especialização em Psiquiatria Social. Atualmente mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco e Gerente de Atenção à Saúde Mental do Estado de Pernambuco.

- a. A intersetorialidade;
- b. A interdisciplinaridade;
- c. A saúde mental como transversal. Esse ponto deve ser melhor aprofundado porque, às vezes, parece que a saúde mental está restrita à questão da doença, dos transtornos, quando, na verdade, a saúde mental, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, traz um acúmulo, experiências outras, e tem interseção com várias áreas, como criança e mulher. Então, temos que ampliar essa concepção.
- d. A abordagem psicossocial;
- e. A clínica incorporando elementos, como o acolhimento, o vínculo, a escuta qualificada, a avaliação de risco e o território.

Florianita traz que, no início, é basicamente negociação: de demandas, entre as disciplinas e construção coletiva. Todas as experiências aqui apresentadas vão nesse sentido. Refletindo sobre esse eixo, talvez tivéssemos que pensar essas referências, e quando digo que vai além da Psicologia, precisamos pensar em um processo interdisciplinar.

Se pegarmos a listagem trazida por Léo Nepomuceno, as indicações de Carlos Gama, os apontamentos da Maria Aparecida Crepaldi, poderemos pensar na possibilidade de empoderamento dos processos territoriais. Veremos que essa pauta pode ser compartilhada com vários cuidadores, além da Psicologia. Podemos construir essas referências e essas pautas a partir do que foi dito aqui. Na dimensão do núcleo, penso que talvez essa seja a coisa mais clara que temos: o específico do que é da Psicologia. A Maria Aparecida Crepaldi falava que o método clínico trazido pela nossa formação pode ser usado em diferentes lugares, de diferentes formas, porque isso está conosco. De alguma forma, a intervenção do núcleo, do específico, está mais clara. A grande questão é como aplicar esse saber específico na dimensão coletiva e na perspectiva de compartilhamento.

É importante refletir sobre o próprio fazer - a formação, a construção do conhecimento aplicado, de forma que possamos teorizar e operar simultaneamente. É preciso superar a história do serviço-escola. Não sei como é o posicionamento das pessoas mas, acho que essa prática que estamos discutindo tem que se dar mesmo na rede, no território mais

aberto possível. Claro que esse fazer precisa de pontos de ligação, assim como essa formação pela via do fazer também precisa de interligação, como os fóruns de discussão onde as pessoas possam trocar, construir propostas coletivas – o suporte aos apoiadores.

Se os apoiadores estão na comunidade dando suporte à atenção básica, qual será o suporte a ser dado a eles? Além dos programas de capacitação, que temas precisamos explorar? O Carlos Gama traz bem a questão da violência, álcool e outras drogas, HIV-AIDS e outros pontos que também têm interface com a saúde mental.

Indicadores de monitoramento devem ser apontados nesse posicionamento político. Com relação aos indicadores, precisaríamos lembrar que as equipes do Programa Saúde da Família trabalham com salas de situações, com indicadores, na maioria, quantitativos. Então, precisaríamos apontar a necessidade de repensar e potencializar essas salas de situações, inclusive incorporando indicadores qualitativos e de processos, pois se nós também não fizermos referência a isso perdemos a riqueza dessa prática que pode subsidiar novos avanços.

A questão ética, bem lembrada pela Maria Aparecida, precisa ser considerada. As nossas ações estão cada vez mais próximas da comunidade, das famílias, adentrando a vida das pessoas, mais invasivas de alguma forma. É delicado esse trânsito entre proteção e produção de autonomia e vida. Outro ponto que registro na discussão ética é o trabalho coletivo, é como lidar nesse diálogo com as várias disciplinas.

Penso que, para o Conselho, nessa discussão política, seria importante o chamamento das outras categorias para discutirmos esse projeto numa perspectiva dialógica.

Outra ação política diz respeito às recomendações que podemos fazer ao Ministério da Saúde, pois essa discussão tomou outra dimensão. A condição de ter uma rede de retaguarda especializada, citada pela Marta, esse cuidado com o processo de gestão, com a coerência, pode apontar algumas sugestões para aprimorar a portaria. Embora seja um grande avanço e um instrumento importante, a forma como define as várias áreas novamente divide as práticas. Há algumas práticas previstas que parecem a própria reprodução de um ambulatório especializado. Um exemplo: a ginecologia como está colocada na Portaria. A assistência farmacêutica também.

Considerações finais

Humberto Verona¹

Quero partilhar com vocês que a comissão organizadora e a direção do Conselho Federal de Psicologia entendem que, do primeiro momento em que começamos a pensar em um Seminário sobre o Nasf, quando as primeiras idéias e reflexões que nos surgiram, até hoje, demos um salto significativo.

Nosso entendimento é que saímos todos mais qualificados e entendemos que, a partir das contribuições trazidas por vocês, pelos nossos convidados, temos clareza de como a Psicologia, como o Sistema Conselhos deve atuar nessa discussão. As falas, as experiências do que a Psicologia está construindo na prática apontam que o Nasf não pode reproduzir uma que não oportuniza o avanço do conceito de saúde que queremos, que julgamos adequada para a população, para a sociedade brasileira. Queremos um Nasf que venha a somar ao que já temos construído no SUS. Queremos o fortalecimento da população, o empoderamento do cidadão em relação à sua saúde e à sua própria vida.

Com certeza nós, psicólogos, não estaremos sozinhos defendendo esses conceitos. Outros atores se juntarão a nós. Precisamos identificá-los, chamá-los a atuar conosco. Diremos ao Ministério da Saúde e às demais categorias que é esse o espaço que desejamos para a Psicologia na atenção básica, o de estar junto no território, produzindo a mudança na condição de cidadania, no enfrentamento dos conflitos, alterando as relações sociais, construindo novas condições de vida e de saúde para toda a população.

Queremos agradecer muito a participação de todos e contamos com cada qual para multiplicar esse debatenos Conselhos Regionais, fazendo o diálogo com as outras profissões.

Nós, representantes do CFP, assumimos o compromisso de produzir um documento crítico a partir das reflexões desse coletivo, apresentá-lo ao Ministério da Saúde, implementar o diálogo com as outras profissões, especialmente no Fórum dos Conselhos das Profissões Regulamentadas da Área da Saúde e em outros fóruns em que possamos levar a discussão e ampliá-la.

1 Presidente do Conselho Federal de Psicologia

Quero agradecer a cada um dos convidados que aceitaram prontamente o convite para contribuir com nossas reflexões, dedicaram-se a produzir suas contribuições. Agradeço também a cada Conselho Regional, que agora tem a responsabilidade de levar o debate às suas regiões e às entidades do Fórum das Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB) aqui presentes, que também ajudarão nessa multiplicação.

Diversas experiências de psicólogos e de outros profissionais da saúde já acontecem na atenção básica à saúde. Com a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o Conselho Federal de Psicologia entende ser momento de partilhar experiências e conhecimento que foram construídos na atuação cotidiana, na busca do avanço na implementação desse nível de atenção que é foco importante da saúde pública.

