



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
CURSO DE PSICOLOGIA

DENISE DA SILVA ARAÚJO

**PROCESSOS DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NAS EQUIPES DA REDE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS POSSIBILIDADES DE
CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR.**

SOBRAL
2018

DENISE DA SILVA ARAÚJO

**PROCESSOS DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NAS EQUIPES DA REDE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS POSSIBILIDADES DE
CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – *Campus* de Sobral, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof^o. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé

SOBRAL

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A688p Araújo, Denise da Silva.

Processos de trabalho dos psicólogos nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde : as possibilidades de construção de um trabalho interdisciplinar. / Denise da Silva Araújo. – 2018.

81 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Psicologia, Sobral, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Processos de Trabalho. 2. Psicólogo. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 150

DENISE DA SILVA ARAÚJO

**PROCESSOS DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NAS EQUIPES DA REDE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS POSSIBILIDADES DE
CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – *Campus* de Sobral, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof^o. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Samara Vasconcelos Alves
Faculdade Luciano Feijão (FLF)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Paulo Quinderé, quem despertou em mim o desejo de estudar o campo da saúde e foi suporte fundamental durante o processo de escrita deste trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa Psico Ativos, em especial às colegas Bárbara Paz e Juliana Yasmim que auxiliaram em várias etapas da escrita deste trabalho.

À Camilla e Samara, membros da banca examinadora, que se disponibilizaram prontamente a contribuir valiosamente com este trabalho.

Aos profissionais e usuários dos serviços entrevistados na pesquisa, pelo tempo concedido nas entrevistas.

Em especial, agradeço aos meus pais que, durante essa trajetória da graduação, sonharam comigo um sonho que, inicialmente, não era deles. Amo vocês por isso, mas antes, por tudo que são e me ensinam todos os dias!

À Carlos Hélio, com quem aprendi que ao dividir dos sabores e dissabores da vida, essa pode ser mais leve.

À Anderson Gueiros, Juliana Nascimento e Cristina Moreno, amigos que encontrei nos caminhos desta graduação, que comigo são resistência e com os quais os encontros alegram e trazem sorrisos à alma.

RESUMO

A transição do modelo biomédico para um modelo de atenção à saúde que atenta para diversos determinantes sociais no processo saúde-doença, convoca dos atores que passam a fazer parte deste, uma postura ética e política para a compreensão e intervenção com os sujeitos sociais que são atendidos pelos serviços de saúde. Diante disso, este trabalho tem por objetivo a compreensão dos processos de trabalho do profissional de psicologia nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde. Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa realizada nos serviços de assistência básica da cidade de Sobral – CE. Para o levantamento de informações foram utilizados como instrumentos: observação sistemática das atividades realizadas nos serviços, entrevistas semiestruturadas e diário de campo. No total, fizeram parte da pesquisa um quantitativo de 7 informantes, dentre psicólogas, demais profissionais das equipes e usuários dos serviços. Os profissionais entrevistados relatam dificuldade de trabalhar de modo interdisciplinar e acabam reforçando a lógica dos encaminhamentos. Em alguns casos, os psicólogos sentem que seu trabalho não esteja sendo efetivo devido a um descompasso entre o que se idealiza por meio da teoria e o que realmente ocorre no cotidiano do trabalho. Por fim, delinea-se a importância da articulação entre gestores e os profissionais das equipes afim de criar espaços de diálogo, nos quais se possa refletir crítica e continuamente sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais dos serviços, bem como o teor político e ético que o trabalho em saúde convoca.

Palavras-chave: Processos de Trabalho. Psicólogo. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The transition from the biomedical model to a model of health care that attends to several social determinants in the health-disease process, summons the actors who are part of it, an ethical and political stance to understand and intervene with the social subjects that are attended by the health services. Therefore, this work has the objective of understanding the work processes of the psychology professional in the teams of the Primary Health Care network. This is a qualitative research carried out in the basic care services of the city of Sobral - CE. To collect information, the following instruments were used: systematic observation of the activities performed in the services, semi-structured interviews and field diary. A total of 7 informants, among psychologists, other professionals of the teams and users of the services were included in the study. The professionals interviewed report difficulty in working in an interdisciplinary way and end up reinforcing the logic of referrals. In some cases, psychologists feel that their work is not being effective due to a mismatch between what is idealized through theory and what occurs in the daily work. Finally, the importance of articulation between managers and team professionals is established in order to create spaces for dialogue, in which one can reflect critically and continuously on the work developed by service professionals, as well as the political and ethical content that the health work calls.

Keywords: Work Processes. Psychologist. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS Atenção Básica à Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CNS Conselho Nacional de Saúde

CSF Centro de Saúde da Família

ESF Estratégia de Saúde da Família

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da sede e distritos de Sobral – CE	20
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos participantes do estudo	22
Quadro 2 – Caracterização dos informantes-chave (psicólogos e demais profissionais)	23
Quadro 3 – Caracterização dos informantes-chave (usuário)	23
Quadro 4 – Objetivos da pesquisa e instrumentos de coletas de dados	25
Quadro 5 – Processo de codificação dos temas	26
Quadro 6 – Processo de análise das unidades de significação	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Pressupostos Teóricos	17
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3. METODOLOGIA.....	19
3.1 Caracterização do campo	19
3.2 Caracterização dos participantes da pesquisa	20
3.3 Técnicas de Coleta de Dados	23
3.4 Análise e Interpretação dos Dados	25
3.5 Aspectos éticos	27
4. REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1 Processos de Trabalho e uma nova morfologia.....	28
4.2 Processos de Trabalho em Saúde	29
4.3 Processos de Trabalho na Atenção Primária à Saúde.....	30
4.4 Processos de Trabalho do Psicólogo na APS e os desafios da interdisciplinaridade	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5.1 Compreensões dos trabalhos do Psicólogo na APS.....	36
5.1.1 A atuação no campo da saúde e o processo formativo do Psicólogo	36
5.1.2 O cuidado em questão: reflexões sobre o psicólogo como um “intermédio” nas relações entre equipe e pacientes.....	42
5.1.3 O trabalho do psicólogo estando submetido à gestão.....	46
5.1.4 Compreensões que põem em xeque os processos de trabalho do psicólogo na APS: enxugar gelo e apagar incêndios.....	49
5.2 Práticas dos psicólogos na APS: do contexto de vida para o contexto em que a pessoa vive.....	53
5.2.1 (Des)Articulação interdisciplinar e intersetorial do/no trabalho do psicólogo na APS	53
5.2.2 Deslocamento do setting clínico: do contexto de vida do sujeito para o contexto em que o sujeito vive.....	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES	66

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PSICÓLOGOS	67
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OUTROS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES.....	69
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS	71
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA AOS PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS ATUANTES NOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.	73
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADO AOS OUTROS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES ATUANTES NOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.	74
APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.	75
APÊNDICE G – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.	76
ANEXOS	77

1. INTRODUÇÃO

Têm sido apontado em pesquisas acadêmicas, as dificuldades oriundas de um descompasso entre a formação, as habilidades profissionais e a demanda da população em se tratando do trabalho dos psicólogos no campo da saúde coletiva. Nesse contexto, é importante salientar já de início que a mudança no perfil epidemiológico da população, a estratégia de atendimento nos serviços de saúde através de equipes, sejam elas com trabalhos multidisciplinares, interdisciplinares ou transdisciplinares, a passagem para um modelo de atenção biopsicossocial em detrimento do modelo biomédico, e a concepção de clínica ampliada, ou seja, a clínica não mais restrita ao ambiente de consultório, mas enquanto postura ética e política de escuta, ampliam a visibilidade do sujeito que chega aos serviços em busca de atendimento.

Questões relativas ao trabalho em equipe e, mais especificamente, a como o psicólogo se insere nesses contextos de equipes no campo das políticas públicas de saúde em que há uma alteridade de saberes, surgiram a partir da experiência com trabalhos em equipe e, de modo mais intenso, a partir de discussões nas disciplinas de Saúde Pública I e II e de visitas das atividades de Estágios Básicos I e II.

No decorrer do curso, o contato que temos com alguns temas referentes às possibilidades de atuação dos profissionais e das condições de trabalho destes em algumas instituições do âmbito da saúde é a partir de leituras e discussões nas disciplinas de Saúde Pública I e II. No decorrer das atividades das referidas disciplinas, o contato ainda que de forma tímida com a prática emerge e se intensifica um pouco mais a partir das atividades de Estágio Básico I e II, ainda assim de forma bastante pontual, haja vista que são feitas poucas visitas e, na maioria das vezes, apenas uma em um universo pequeno das instituições nas quais o psicólogo pode atuar.

Já na reta final da graduação, período em que comumente são realizados estágios, optei por conhecer e participar do cotidiano de trabalho em um serviço da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sobral, o programa Melhor em Casa, durante o qual tive oportunidade de acompanhar, refletir e estudar, além de algumas questões tratadas nesse estudo, outras que foram suscitadas no cotidiano das experiências que envolviam o acompanhamento e estudo de

vidas que passam pelo sistema de saúde, haja vista que estudar uma vida requer um olhar crítico e cuidadoso sobre os discursos que perpassam o sujeito e as concepções de quem cuida e de quem é cuidado.

No entanto, o que saltou aos olhos no cotidiano destas experiências, a ponto de tornar-se um dos questionamentos que mobilizaram o desejo de dar continuidade à pesquisa nessa área, diz respeito a uma espécie de desconstrução que a prática revela diante de algumas questões bastante relevantes para se pensar/fazer psicologia.

As insatisfações dos profissionais da psicologia atuantes em alguns serviços da rede também chamam atenção ao que, no geral, se referem a questões relacionadas à complexidade da demanda, ao papel e as possibilidades de atuação do psicólogo nessas áreas e também a relação com os outros profissionais das equipes.

Dessa forma, corroboramos que os serviços da Atenção Primária se constituem e se configuram como espaços potentes, mesmo que recentes, de atuação do profissional da psicologia. Além disso, o modo como se dão os processos de trabalho e a crescente necessidade de trabalho em equipe, justificam a relevância desse trabalho. Partimos aqui da ideia de processos de trabalho enquanto quaisquer atividades profissionais desenvolvidas no ambiente laboral.

Diante disso, este estudo tem por objeto, e como maior desafio, a compreensão dos processos de trabalho do profissional da psicologia nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde (APS).

Faria *et al.*(2009, p.21) afirmam que, no caso do trabalho desenvolvido pelos profissionais nas equipes dos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), é interessante que este seja feito de modo a possibilitar uma reflexão crítica e contínua sobre suas práticas. Essa reflexão que os autores caracterizam como “crítica e contínua” deve estar atrelada também a uma reflexão a respeito do conceito de saúde e do que se entende por promoção de saúde e prevenção de agravos.

Essas questões trazem à tona uma visão de saúde não mais atrelada à necessidade de um agente patógeno e causador das doenças. A partir de então, esta passa a ser vista enquanto um processo que se envereda em questões psicossociais, políticas, econômicas, culturais que de alguma forma estão

envolvidas no processo saúde-doença. (RONZANI; RODRIGUES, 2006; SOARES, 2005).

Os serviços públicos de atenção à saúde no Brasil dividem-se hierarquicamente em 3 níveis de complexidade. São eles: primário, secundário e terciário. Cada um desses níveis de atenção estabelecem o modo como a prática da psicologia é implantada, se estrutura e organiza não apenas de um nível de atenção para com os outros, mas de dispositivos de saúde pertencentes aos mesmos níveis de atenção. Isso ocorre haja vista que, em muitos locais, a política da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda está em processo de implantação além do que, muitas vezes o psicólogo não está incluso na equipe mínima. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

Para se mostrarem pertinentes nesses locais, algumas pesquisas apontam que o profissional da psicologia tem que fazer para além do que a política determina como forma de atuação, haja vista que a hierarquia de saberes costuma se sobrepor em alguns casos. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010)

A necessidade incessante e pertinente de selar nossa função nesses locais faz resistência à argumentos que trazem, em suma, a ideia de que o profissional da psicologia, por estar mais ligado a questões “emocionais”, acaba por não se enquadrar como um profissional generalista, daí a não participação desse profissional nas equipes dos serviços da atenção primária à saúde. No entanto, é intensa a necessidade de que essa fronteira entre saberes seja desconstruída haja vista que o trabalho em saúde coletiva pressupõe uma horizontalidade que se personifica nos trabalhos em equipe de forma inter ou transdisciplinar. (RONZANI; RODRIGUES, 2006)

É interessante frisar essa questão dado que, trabalhar de modo inter, ou mesmo transdisciplinar, requer o compartilhar desses saberes para que se possa, de maneira mais eficaz, elaborar estratégias de acolhimento. Pode-se dizer, então, que a

interdisciplinaridade não anula as formas de poder, que todo o saber comporta, mas exige a disponibilidade para partilhá-lo. Trata-se de não ocultar o seu próprio saber/poder, mas, ao contrário, torná-lo discursivo e acessível à compreensão de outros”. (MEIRELES; KANTORSK; HYPOLITO, 2011, p.285)

Desse modo, a questão da interdisciplinaridade aparece, em pesquisas

de bases empíricas, como um desafio tanto para o psicólogo quanto para o restante da equipe por conta das práticas já cristalizadas de uma divisão de tarefas, bem como de uma compreensão limitada sobre saúde e, conseqüentemente, promoção de saúde e prevenção de agravos. O desafio então, exige uma postura política frente a esses impasses para que seja possível também justificar empiricamente o quão pertinente é a atuação interdisciplinar para a eficácia do serviço oferecido. (PAIVA; RONZANI, 2009)

Diante dessa questão, outro aspecto comum durante a literatura consultada até então na área, é que há uma tendência em confundir conceitos tais como interdisciplinaridade e multidisciplinaridade tomando-os como sinônimos. Isso, de certa forma, pode acarretar significativas mudanças nas formas de atuação, haja vista que quaisquer segmentações entre os serviços, podem representar as faces de uma fragmentação do cuidado. Dessa forma, é possível dizer que

a diferença básica entre multi e inter está em que, na equipe multidisciplinar, as pessoas desenvolvem seu trabalho sem haver uma integração de saberes. Por outro lado, no âmbito interdisciplinar, ocorre a escuta do outro, gerando uma nova configuração interna sobre aquele conhecimento - uma troca incessante, que nunca se repete - e nisso se reproduz a atitude interdisciplinar. (STAUDT, 2008, p. 77)

Ainda no que rege ao trabalho do psicólogo na Atenção Primária, algumas pesquisas apontam que, para que haja esse trabalho interdisciplinar, a psicologia necessita de reformulações tanto práticas quanto curriculares no sentido de ir para além de uma atuação limitada. Essa limitação se torna mais visível quando se restringem as possibilidades de articulação com o restante da equipe, de modo que a atuação do psicólogo se dá de maneira isolada do restante da equipe, como é muitas vezes o caso da transposição do modelo clínica tradicional de consultório para os serviços da APS (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

Segundo Soares (2005), em um momento de um curso de capacitação para enfermeiros, foi perguntado a eles se a presença de psicólogos nos serviços de APS era pertinente, de modo que todos responderam afirmativamente. E quando solicitados para que fizessem citações sobre quais trabalhos um profissional da psicologia poderia realizar para auxiliar na dinâmica do serviço, algumas respostas eram referentes ao auxílio durante “o tratamento e no atendimento à população, na realização de grupos, em atendimentos individuais

e no suporte à equipe em suas dificuldades internas de relacionamento e de atendimento à demanda”. (SOARES, 2005, p. 592)

No entanto, falar dessas possibilidades de atuação, requer colocar em pauta a questão da conformação curricular. Esta é posta haja vista que em algumas pesquisas empíricas com psicólogos atuantes nos serviços da APS, estes relataram que, mesmo pelo fato de a formação ter um caráter generalista, algumas áreas, como a clínica, acabam sendo mais privilegiadas que outras de modo que os subsídios mais práticos só são adquiridos após o contato maior com a prática no cotidiano do serviço (SOARES, 2005; RONZANI; RODRIGUES, 2006).

Nesse sentido, a atenção primária configura-se como um cenário desafiador, mas ao mesmo tempo potente para novas e diversas intervenções. Na medida do possível, este trabalho tem por interesse refletir sobre a própria prática e ajudar com que os profissionais pensem a respeito desse fazer como forma de potencializar suas práticas.

Tendo em vista esses aspectos, parte-se dos seguintes questionamentos: como se dá a atuação do psicólogo na equipe de atenção primária? O que psicólogos e demais profissionais dos serviços da APS consideram um trabalho em equipe interdisciplinar? Como é a relação do psicólogo com o restante dos profissionais da equipe?

1.1 Pressupostos Teóricos

Mesmo tendo conhecimento da política da Estratégia de Saúde da Família, os profissionais têm dificuldades em atuar de modo interdisciplinar e também de modo a focar em estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos voltados para os contextos de vida dos sujeitos em um sentido macro, nas condições sociais do sujeito em seu território, em detrimento de perspectivas mais curativistas e de assistência, comumente aplicadas após o problema ter ocorrido; como no modelo tradicional no qual havia uma centralidade no saber/poder do profissional médico ao passo que os outros profissionais eram vistos apenas como personagens secundários dessa trama, na qual seus saberes e autonomia eram subordinados ao saber médico e que conseqüentemente não havia essas interlocuções de saberes, que é exatamente

o núcleo do trabalho interdisciplinar.

Pode haver ainda uma forte perspectiva cindida entre individual e coletivo, no sentido de que somente algo do campo “individual” se remeta à seara da psicologia porque se associa à imagem de clínica no consultório, individualizante e não como postura. Essa ideia já exclui o âmbito da influência do coletivo na constituição do sujeito e também a possibilidade e trabalho com coletivos pelo argumento de que isso não aparenta ser psicologia, sendo que estudos de como um grupo se constrói, como a identidade desse grupo é formada saltam aos olhos e se evidenciam no quanto essas questões refletem no individual e são mutuamente constitutivas da subjetividade.

Por conta dessas questões anteriormente citadas, uma gama de contextos de atendimento que deveriam ser desenvolvidos a partir de um aspecto longitudinal do trabalho realizado junto às equipes, bem como dimensão cotidiana nos serviços da APS que desvelam especificidades coletivas e de como estas operam nos dispositivos de saúde, no território e nos vínculos são esquecidas.

Desse modo, a prática do psicólogo na atenção primária não contemplaria o trabalho interdisciplinar e atuação no território absorvendo práticas e conceitos da reforma sanitária brasileira e atuando nos contextos de vida em que as pessoas realizam as suas atividades cotidianas. É neste intuito de investigar a atuação dos psicólogos na atenção primária que traçamos os seguintes objetivos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender a atuação dos psicólogos nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde e sua articulação com o trabalho interdisciplinar.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as práticas dos psicólogos na APS;
- Identificar como os psicólogos compreendem suas práticas;
- Entender como os outros profissionais que compõem as equipes e os usuários compreendem as práticas do psicólogo.

3. METODOLOGIA

Segundo, Fonseca (2002 *apud* Gerhardt; Silveira, 2009, p.12)

[...] metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo, ou para se fazer ciência. Etimologicamente, significa o estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para fazer uma pesquisa científica.

Essa pesquisa será de natureza qualitativa. Dizer que é uma pesquisa qualitativa significa afirmar que esse tipo de metodologia

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.32).

A metodologia qualitativa é também analítica e interpretativa. A análise dos discursos, como salienta Minayo (1999), é uma proposta crítica que visa problematizar as formas de reflexão já estabelecidas e seus contextos de produção.

Desse modo, o método utilizado terá uma perspectiva dialética a fim de elucidar as interpretações do fenômeno que vem a ser estudado, bem como de analisar o sujeito dentro de um contexto com questões históricas, políticas e sociais do trabalho em saúde e que é envolto de ideologias, transformações e de muitas contradições.

3.1 Caracterização do campo

A pesquisa foi realizada nos serviços de assistência básica à população do município de Sobral – CE. O município de Sobral, localizado na região norte do Ceará, apresenta uma rede assistencial que contempla os 3 níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária.

Os serviços de Atenção Primária que estão presentes no município se ramificam em 35 (trinta e cinco) Centros de Saúde da Família (CSF) com 65 (sessenta e cinco) equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que oferecem total cobertura do município; 6(seis) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); 3 (três) equipes de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa) e Residências Médicas em Psiquiatria e Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde Mental.

Estima-se que aproximadamente 78% da população sobralense é

assistida com algum serviço de saúde. Os serviços se distribuem em torno de 5 macroáreas que contemplam tanto a sede quanto aos distritos.

Figura 1 – Mapa da sede e distritos de Sobral – CE



Fonte: Secretaria de Saúde de Sobral – CE.

3.2 Caracterização dos participantes da pesquisa

Atualmente, segundo informações fornecidas pela Secretaria de Saúde do referido município, há 5 psicólogos atuantes nos serviços de atenção primária: três (3) no NASF, um (1) na Atenção Domiciliar, também conhecida como “Melhor em Casa” e um (1) no Projeto Trevo de 4 folhas.

Os Centros de Saúde cobertos pelos 3 NASF que possuem psicólogo são os do Jaibaras, Coelce e Cohab III. Cada NASF possui um território de abrangência, portanto os Centros de Saúde da Família que farão parte deste estudo serão: o CSF do Jaibaras que abrange os distritos de Aprazível, Jordão, Rafael Arruda e Torto; o CSF da Cohab III engloba também os bairros Terrenos Novos e Terrenos Novos 2, e por fim, o CSF da Coelce que é referência para os bairros Sumaré, Padre Palhano e Bonfim.

Os psicólogos do NASF atuam em conjunto com equipes formadas por Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, Educadores Físicos e Nutricionistas. O profissional da psicologia da Atenção Domiciliar atua junto de

uma equipe formada também por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos e médicos. Já no Projeto Trevo de 4 Folhas, o psicólogo trabalha em conjunto com uma enfermeira gestora e mais 5 profissionais de enfermagem.

O critério de seleção utilizado para a escolha do quantitativo de profissionais a participar da pesquisa foi de ao menos 1 (um) representante de cada categoria profissional que atue em conjunto com os psicólogos de cada serviço.

Alguns impasses surgiram durante a pesquisa, de modo que ficou comprometida a entrevista aos profissionais e usuários do Projeto Trevo de 4 folhas e dos NASF's, pois muitos não aceitaram ou mesmo não responderam ao convite de participação.

Desse modo, os informantes que compõem as 3 categorias da pesquisa (psicólogos, demais atores que atuam nas equipes e usuários) que aceitaram participar desta, abarcam um total de 7 informantes-chave dos quais, 3 serão psicólogos, 1 usuário do serviço e 3 outros profissionais que compõem as equipes.

As representantes entrevistadas da categoria de profissional de psicologia eram, em sua maioria, mulheres com idades entre 28 e 29 anos e com tempo de experiências nos serviços de APS em que estão atualmente alocadas variantes entre 8 meses a 2 anos. Duas delas contam experiência em outros serviços da APS, ambas no NASF, durante o período de 1 ano. Todas relatam uma área de especialização como formação complementar.

As psicólogas entrevistadas que trabalham nos NASF's relataram ingressar no serviço por meio de seleção. Já a psicóloga do Programa Melhor em Casa ressalta que, antes de ingressar no programa, trabalhava no Centro de Atenção Psicossocial do município e, ao chegar um dia para o trabalho, foi convocada pela gerente do serviço para comparecer à sua sala. Lá chegando, a gerente informou-a que seria transferida para o Programa Melhor em Casa no dia seguinte, de modo que não foi questionado sobre seu desejo de trabalhar no serviço, somente comunicada e imposta a mudança. Apesar disso, a psicóloga revelou-se satisfeita pois, durante a graduação, já havia trabalhado na área administrativa do programa e realizou seu estágio no mesmo, durante os quais pode conhecer a dinâmica do serviço e o trabalho dos demais profissionais.

A entrevista só foi possível ser aplicada com profissionais do Programa Melhor em Casa, pois foram os que se dispuseram a participar. Os informantes das demais categorias profissionais que trabalham na mesma equipe das psicólogas nesse serviço, também foram majoritariamente mulheres. As que se dispuseram a participar da pesquisa foram uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma técnica em enfermagem. Destas, apenas a nutricionista relata ter formação complementar. No entanto, a técnica em enfermagem e a nutricionista possuem experiências anteriores de trabalho nos NASF's.

A informante da categoria de usuários também era uma mulher e está vinculada ao Programa Melhor em Casa. Tem 30 anos e é mãe de uma criança atendida pelo programa. Devido ao fato de a criança, de 5 anos, estar sob cuidados paliativos e limitações na fala pelo seu estado clínico, a entrevista foi realizada com a mãe.

A psicóloga do programa relata que, devido ao quadro clínico da maioria dos pacientes, volta atenção de suas intervenções para os familiares, como no caso em questão. A entrevistada, quando questionada sobre a frequência dos atendimentos, ficou em dúvida se estes ocorriam a cada 15 dias ou uma vez por mês; porém concluiu que a frequência seria mensal.

Os usuários entrevistados para a pesquisa atenderam a alguns critérios como ser maior de 18 anos. O convite para participação da pesquisa não foi feito via prontuário, mas por meio de interlocução tanto com o psicólogo quanto com os demais profissionais das equipes, durante acompanhamento em suas atividades de visitas domiciliares. Dessa forma, os usuários foram abordados inicialmente pelos profissionais do serviço sobre a aceitação ou não de participar do estudo desde que obedecessem aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa como destacado no quadro 1.

Visando preservar a identidade das informantes, nas etapas de análise e interpretação dos dados, os discursos destas serão sinalizados por nomes fictícios, como consta no quadro 2.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos participantes do estudo

Nº Participantes	Critério de Inclusão	Critério de Exclusão
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

3 Psicólogos	Trabalhar em algum serviço da rede de Atenção Primária do município de Sobral – CE.	Trabalhar em outro serviço da rede de atenção secundária ou terciária.
3 profissionais das equipes Atenção Domiciliar e do NASF	Trabalhar em equipe com profissionais da Psicologia em algum serviço da rede de Atenção Primária do Município de Sobral – CE.	Não trabalhar em equipe com profissionais da Psicologia em algum serviço da rede de Atenção Primária do Município de Sobral – CE.
1 Usuário dos serviços	Ser atendido por psicólogos e pela equipe em que tal profissional está incluso nos serviços da rede de Atenção Primária no município de Sobral – CE.	Ter idade inferior a 18 anos ou ser atendido por serviços de outros níveis de atenção à saúde

Quadro 2 – Perfil dos informantes (Psicólogos e demais profissionais das equipes)

Informante	Idade	Profissão	Tempo de formado	Formação complementar	Serviço	Tempo no serviço	Já trabalhou em outro serviço da APS
Gardênia	28 anos	Psicóloga	5 anos	Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental	NASF	1 ano	Sim
Amarilis	29 anos	Psicóloga	2 anos	Especialização em Neuropsicologia	NASF	2 anos	Não
Margarida	28 anos	Psicóloga	3 anos	Especialização em Saúde da Família	Melhor em Casa	8 meses	Sim
Rosa	Não informado	Técnica em enfermagem	15 anos	Não informado	Melhor em Casa	2 anos	Sim
Jasmim	Não informado	Fisioterapeuta	9 anos	Não informado	Melhor em Casa	4 anos	Não
Hortênsia	Não informado	Nutricionista	3 anos	Especialização em Nutrição Clínica	Melhor em Casa	8 meses	Sim

Quadro 3 – Perfil dos informantes (usuários)

Informante	Idade	Estado civil	Serviço que é atendida	Tempo que é atendida pelo serviço	Frequência dos atendimentos
Tulipa	30 anos	Viúva	Melhor em Casa	3 anos	Mensal

3.3 Técnicas de Coleta de Dados

Para o levantamento de informações, utilizamos 3 instrumentos de coleta

de dados: observação sistemática das atividades realizadas nos serviços, entrevistas semiestruturadas e diários de campo.

Fizeram parte do estudo 3 categorias de informantes-chave: psicólogos, demais profissionais da equipe que trabalham em conjunto com o profissional de psicologia e usuários dos serviços. Desse modo, os instrumentos foram aplicados a todos os informantes, guardadas as especificidades dos questionários.

As entrevistas só foram realizadas após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ. Entramos em contato com os informantes-chave convidando-os a participarem da pesquisa. Tanto com os psicólogos, quanto com os demais profissionais das equipes e os usuários, foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas, anotações em diário de campo, observações das atividades realizadas e gravação de áudio das entrevistas por meio de um aparelho celular, nos casos em que os participantes concordaram.

Nas entrevistas as questões foram voltadas, de modo geral, ao trabalho na rede de Atenção Primária à Saúde, às atividades realizadas pelos psicólogos e ao modo como as pessoas que trabalham em conjunto e que são usuárias do serviço compreendem essas práticas.

A escolha das entrevistas semiestruturadas se deu pelo fato de que nelas é possível organizar questões sobre o que se pretende estudar de modo a permitir que os participantes falem livremente e dialoguem sobre assuntos que tenham relação com o tema principal e que guardem um cunho histórico, o que nos é relevante haja vista que partimos de uma perspectiva histórica do trabalho em saúde e dialética de pesquisa e análise de dados. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; CRESWELL, 2007)

A escolha das observações sistemáticas das atividades realizadas nos serviços pelos psicólogos se deu porque consideramos que estas são de suma importância para uma pesquisa científica. Os dados coletados a partir das observações constam em um diário de campo a partir do modo como elas forem reveladas em campo. Além disso, este instrumento serve para que alguns aspectos que não surgiram, ou que os participantes não se sentiram confortáveis para falar durante a entrevista, sejam visualizados. Portanto, este é um dos instrumentos que exige, dos pesquisadores, maior atenção. (CRESWELL, 2007)

As formas de registro das observações sistemáticas e das entrevistas por meio de diários de campo, foram transcritas e se configuram como de extrema relevância durante a etapa de análise. (CRESWELL, 2007)

Nos casos em que os participantes não se sentiram confortáveis com estes instrumentos, reforçamos que as informações compartilhadas servirão exclusivamente para a pesquisa, de modo que a identidade do participante não será revelada em momento algum e que, caso fosse de sua preferência, o gravador poderia, sem problemas, não ser utilizado durante sua entrevista.

Quadro 4 – Objetivos da pesquisa e instrumentos de coletas de dados

Objetivos da pesquisa	Instrumentos de coleta de dados
Compreender a atuação dos psicólogos nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde e sua articulação com o trabalho interdisciplinar.	Este objetivo só será contemplado na etapa de análise dos dados coletados em campo
Caracterizar as práticas dos psicólogos na APS.	Entrevista semiestruturada, observação sistemática e diário de campo
Identificar como os psicólogos compreendem suas práticas nos serviços de APS.	Entrevista semiestruturada
Entender como os outros profissionais que compõem as equipes e os usuários compreendem as práticas do Psicólogo.	Entrevista semiestruturada

Constam nos apêndices no final do projeto os modelos das entrevistas que foram aplicadas com os psicólogos, com os demais profissionais das equipes que compõem os serviços de Atenção Primária do município de Sobral, e com os usuários do serviço, bem como o roteiro de observação das atividades realizadas nos serviços e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Análise e Interpretação dos Dados

Esperamos que, com a utilização dos instrumentos anteriormente citados, seja possível uma leitura mais ampla do cotidiano da atuação dos profissionais nos serviços de APS. Desse modo, a análise das respostas das entrevistas com os informantes-chave, bem como das observações, serão feitas nas seguintes etapas (MINAYO, 1999):

- 1) Escuta e transcrição das entrevistas e das observações, releitura do material coletado e organização deste a partir de alguns eixos temáticos;
- 2) Classificação dos dados coletados unindo a uma revisão de literatura para elaboração de categorias temáticas a partir de uma coerência interna das informações;
- 3) Análise e interpretação dos dados a fim de responder aos objetivos do estudo que se assenta em uma perspectiva dialética, na qual é possível apreender as contradições e questões históricas do processo que estrutura a realidade das práticas de atuação em equipe dos serviços de APS.

Durante a realização dessas etapas visamos identificar núcleos de sentido presente nos discursos dos informantes-chave que participaram da pesquisa, de modo que estes encontram-se esquematizados no quadro a seguir:

Quadro 5 – Processo de codificação dos temas

Entrevista	Fragmento	Tema
“Claro que vocês vão ter suporte maior de compreensão, até de entendimento e de explicação praquele paciente. Ou naquele ponto daquela tristeza, ou naquilo que ontem era alegria e hoje é sofrimento, eu compreendo assim, que ela vai ter aquele parâmetro pra poder resgatar aquilo que ontem foi alegria e hoje pra ele é tristeza, e tentar transformar aquilo ali sempre num ponto de alegria”	“eu compreendo assim, que ela vai ter aquele parâmetro pra poder resgatar aquilo que ontem foi alegria e hoje pra ele é tristeza”	Compreensões dos trabalhos dos psicólogos na APS
“É o que eu já tenho falado aqui né.. a questão da visita domiciliar, do atendimento individual, da educação em saúde, dos grupos – que é muito importante frisar os grupos – da questão do PSE que tem uma vinculação com a educação, a gente ir nas escolas com as palestras, faz esse trabalho conjunto com a educação”	“visita domiciliar, do atendimento individual, da educação em saúde, dos grupos – que é muito importante frisar os grupos – da questão do PSE que tem uma vinculação com a educação, a gente ir nas escolas com as palestras, faz esse trabalho conjunto com a educação”	Práticas dos psicólogos na APS: do contexto de vida para o contexto em que a pessoa vive.

A partir destes temas, identificamos em seguida, subcategorias temáticas

nas quais foi possível aprofundar o processo de análise em suas unidades de significação, as quais estão destacadas no quadro abaixo:

Quadro 6 – Processo de análise das unidades de significação

Unidades de significação	Interpretação	Relação com a teoria
“me sinto enxugando gelo aqui”	Os psicólogos apresentam a compreensão de que, em alguns casos, seu trabalho nos serviços de APS não está sendo efetivo.	Archanjo e Schraiber (2012); Guedes e Sato (2012); Vieira (2013)
“Quando e vejo que é algo mais, grave mais complexo, eu já encaminho”	Alguns processos de trabalho dos psicólogos na APS parecem se ater à lógica do encaminhamento, sem que envolva um diálogo conjunto, interdisciplinar, a respeito dos casos.	Dias e Silva (2016); Ferro <i>et al</i> (2014)

3.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/CEP/UFC/PROPESQ, com o número de parecer 2.812.322, e atendeu aos quesitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as normas e diretrizes que regulamentam pesquisas com seres humanos. (BRASIL, 2012)

Questões relativas à aspectos éticos da pesquisa estão presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que, por sua vez, foi disponibilizado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante da pesquisa.

Dentre algumas dessas questões é possível citar que os participantes tiveram suas identidades resguardadas de modo a evitar qualquer situação aversiva, nos casos em que solicitaram sigilo de alguma informação compartilhada esta foi respeitada, eles estiveram livres para desistir de contribuir com a pesquisa a qualquer momento sem que houvesse punições, julgamentos ou coação e, nos casos em que solicitaram qualquer informação sobre a análise das entrevistas e das observações, estas lhes foram fornecidas. (BRASIL, 2012)

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Processos de Trabalho e uma nova morfologia

Questões que envolvem o âmbito do trabalho há muito tempo vêm sendo pensadas a partir da relação entre o sujeito e a atividade realizada por ele. Essa relação está presente desde o modo como a produção de mercadorias, seja para venda ou para a subsistência, era vista tanto em seus pontos positivos quanto negativos desde o feudalismo, quando o valor da mercadoria era dado não a partir de seu valor monetário, mas nutricional. (ANTUNES, 2006)

Além disso, para que seja possível realizar um trabalho, Marx cita alguns momentos, são eles, respectivamente: a atividade orientada a um fim, o objeto do trabalho e os meios para a realização deste trabalho. Segundo o autor, “no processo de trabalho, portanto, a atividade do homem, com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início”. (MARX, 2013, p.330)

Com o advento da modernidade, surgiram uma série de transformações no ato laboral; uma atividade que antes era vista como fonte de prazer, bem-estar e identificação do sujeito com o seu produto final de seu trabalho, foi perdendo seu valor frente ao processo de fetichização da mercadoria, na qual a atividade laboral passou a ser vista como algo forçado, que gera desconforto e não identificação com o que é produzido. No entanto, como salienta Antunes (2006, p.12),

essa dimensão dúplice e mesmo contraditória presente no mundo do trabalho que cria, mas também subordina, humaniza e degrada, libera e escraviza, emancipa e aliena, manteve o trabalho humano como questão nodal em nossa vida.

Essa questão do trabalho como algo central, guarda relações com o processo de fetichização das mercadorias, característico de um sistema capitalista, que tem gerado como consequências a precarização de vínculos e das condições de trabalho. Isso porque o capitalismo não se pauta numa questão necessariamente econômica, mas em um modelo de produção hegemônico que se estrutura e se fortalece com a “acumulação privada dos excedentes”. (ANTUNES, 2006, p. 20)

Antunes (2006) ressalta que, atualmente, é possível encontrar a questão do trabalho em uma nova morfologia, a qual recupera questões econômicas e sociais como pontos centrais para se pensar o trabalho.

A questão econômica irá se pautar na produção de mercadorias que estejam de acordo com a demanda do mercado visando a utilização dos recursos naturais de forma equilibrada. Quanto à questão social, essa nova morfologia atenta para questões de aspecto relacional da criação de vínculos ou laços afetivos no ambiente laboral. Nesse sentido, essa nova morfologia

nos obriga a (re)conceber o trabalho como sendo dotado de autonomia, autocontrole e autocomando, cuja fruição seja pautada pelo tempo disponível para a sociedade, ao contrário da heteronomia, da sujeição e da alienação regidas pelo tempo excedente voltado para acumulação privada do excedente, típica da sociedade fetichizada em que vivemos. (ANTUNES, 2006, p.20)

Diante do exposto, nesse novo processo interativo que se retroalimenta, e no qual se articulam diversas relações que se expandem nesse contexto de reestruturação das formas de produção capitalista, uma visão mais ampliada sobre o que vem a ser o trabalho é de suma importância. Essa visão passa a tomar como referencial a dimensão coletiva como produtora de subjetividade (Nardi, 2006) e, conseqüentemente, de discursos que permeiam as relações entre trabalhadores, instituição e trabalho realizado.

4.2 Processos de Trabalho em Saúde

O trabalho enquanto processo no âmbito da saúde vem sendo problematizado por vários autores, dentre eles Mendes Gonçalves. A partir das mais diversas configurações deste, é interessante elencar que

O conceito “processo de trabalho em saúde” diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.323)

Mendes Gonçalves (1992 *apud* Peduzzi; Schraiber, 2008), diz que alguns elementos se retroalimentam e devem ser levados em conta na análise dos processos de trabalho, são eles: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes.

Segundo Mendes Gonçalves (1992 *apud* Peduzzi; Schraiber, 2008), no âmbito da saúde, o objeto do trabalho são “as necessidades humanas em saúde”, as demandas dos sujeitos, ou seja, é onde a atuação dos profissionais da saúde está pautada e irá intervir, de modo que

um certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado

por um 'olhar' que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. (MENDES GONÇALVES, 1992 *apud* PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.322)

Assim como o(s) objeto(s), os instrumentos não são dados, eles são gerados a partir das demandas que surgem e que estão situadas histórica, social, econômica, política e culturalmente. Mendes Gonçalves (1992 *apud* Peduzzi; Schraiber, 2008) cita que há dois (2) tipos de instrumentos: os materiais e os não-materiais.

Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.322)

A definição de finalidade e agentes é enriquecida quando se articulam esses dois elementos haja vista que quando aplicados aos processos de trabalho, seriam em suma, o objetivo do trabalho (finalidade) especificado por quem os realiza (agentes), de modo que, dada a retroalimentação destes, os agentes podem também funcionar como instrumentos. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008)

Franco (2006) afirma que o modo como se estrutura o trabalho em saúde é a partir de fluxos de diversas ordens que operam relações. Isso dá subsídios para pensar o trabalho em equipe, haja vista que são feitas articulações tanto no interior da própria equipe, quanto da equipe de determinado serviço para com outras equipes de outros serviços, pertencentes a uma rede maior que articula diversos serviços, bem como destas para com o território dos usuários dos serviços, o que se configura como uma forma potente de produzir cuidado, forma essa denominada pelo autor de "trabalho vivo".

4.3 Processos de Trabalho na Atenção Primária à Saúde

Para melhor compreensão do modo como se estruturam os Processos de Trabalho em Saúde e mais especificamente destes no nível de Atenção Primária, é interessante uma discussão, mesmo que breve, a respeito de como se organizam as estratégias de atenção à saúde no contexto brasileiro.

Segundo Matta e Morosini (2008, p.39),

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das

práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde, consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse termo “atenção em saúde” nos remete também ao modo de como a saúde passa a ser vista, de maneira mais ampliada, principalmente após a Reforma Sanitária, em meados da década de 1970, enquanto “direito de todos e dever do Estado”. (MATTA; MOROSINI, 2008, p.42)

Essa questão nos leva a pensar a saúde em relação aos seus determinantes sociais, bem como o modo como o serviço passará a se estruturar e organizar para atender às demandas da sociedade brasileira, inclusive numa perspectiva interdisciplinar. (MATTA; MOROSINI, 2008, p.41)

A perspectiva de trabalho interdisciplinar não se refere apenas às equipes que compõem o serviço, mas ao trabalho de modo geral, visto a partir dos princípios que regem a atenção à saúde: princípio da universalidade, princípio da integralidade, princípio da equidade e participação popular. Estes princípios pressupõem, respectivamente, que o serviço seja acessível a toda a população; que o serviço garanta atividades de promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação e cura; que sejam levadas em conta questões de desigualdade social de modo que pessoas em situação de vulnerabilidade tenham prioridade no atendimento dada sua situação; e que a população possa colaborar com os serviços seja fiscalizando ou sugerindo estratégias de atuação, ou levando demandas da comunidade. (MATTA; MOROSINI, 2008).

A atenção à saúde é estruturada de modo hierárquico em três (3) níveis crescentes de complexidade, são eles: nível primário, secundário e terciário. Estes por sua vez, diferem entre si de forma crescente quanto ao grau de complexidade tanto de equipamentos tecnológicos utilizados, quanto aos procedimentos realizados nesses serviços. (MATTA; MOROSINI, 2008, p.42).

Dessa forma, o nível de atenção primária configura-se como um serviço de baixa “complexidade”, o nível secundário de média “complexidade” e o terciário como de alta “complexidade”. Esse termo “complexidade”, relacionado à atenção primária é problematizado por alguns autores, haja vista que dá margem para se pensar que se caracteriza como um serviço subvalorizado (MATTA; MOROSINI, 2008, p.42).

Apesar dessa introdução breve sobre atenção à saúde, é importante

salientar que este projeto de pesquisa visa pôr em foco, prioritariamente, o nível de atenção primária à saúde e, mais especificamente, o trabalho dos profissionais psicólogos(as) em equipes nos serviços que compõem esse nível de atenção.

Segundo Garcia, Oliveira, Quinderé e Pequeno (2016, p. 196) a Atenção Primária em Saúde

baliza-se por pressupostos de integralidade e desinstitucionalização, garantindo acesso e atenção humanizada, bem como se arquiteta por meio de parcerias interinstitucionais e pela promoção da corresponsabilidade entre os vários níveis de atenção à saúde.

Entende-se por esses pressupostos citados, respectivamente, o caráter indissociável de ações voltadas à prevenção de agravos e promoção de saúde e a necessidade de serviços voltados para a população local.

Deve ser levado ainda em consideração o que os autores denominam de “parcerias interinstitucionais”. Sendo comumente considerada como “porta de entrada” para os diversos serviços dos demais níveis de atenção, a rede de atenção primária é responsável também por articular vários serviços entre os níveis de atenção, não se restringindo somente a um serviço específico.

Segundo Baremlitt (2012, p.23) instituições “são lógicas (...) que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas, e quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamento”. E complementa que, essas lógicas,

significam a regulação de uma atividade humana, caracterizam uma atividade humana e se pronunciam valorativamente com respeito a ela, esclarecendo o que deve ser, o que está prescrito, e o que não deve ser, isto é, o que está proscrito, assim como o que é indiferente.(BAREMLITT, 2012, p.23)

É possível afirmar ainda que essas lógicas estão permeadas por uma ideologia que nutre o campo dos serviços de saúde e que encontra ancoragem em discursos, modos de agir, pensar e se relacionar em rede. Redes estas que possuem uma multiplicidade de saberes atuando concomitantemente.

Foucault (1979) atenta para o fato de que toda forma de saber está atrelada a mecanismos de poder, e este poder encontra legitimidade pela via dos efeitos de verdade que “produz, transmite e que, por sua vez, reproduzem-no”. (p.179). O autor afirma ainda que

em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer

sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso.(FOUCAULT, 1979, p.179)

Isso significa dizer também, atentando para o campo da saúde, que os discursos institucionais apontam para um objetivo. A própria concepção de APS foi desenvolvida a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, descentralização, integralidade e participação popular.

Segundo a portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que embasa a Política Nacional de Atenção Básica, define esse nível de atenção como um conjunto de atividades voltadas à saúde tanto em aspectos individuais quanto coletivos, visando prevenção de agravos e promoção de saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com intervenções pautadas em questões participativas e gerenciais através do trabalho em equipe e da participação popular visando fortalecimento de vínculos. (BRASIL, 2006).

A divisão hierárquica dos serviços, o funcionamento burocrático destes, a lógica epidemiológica e a insistência em obter dados estatísticos inclusive, apontam para uma tentativa de baratear custos. Depreende-se dessa concepção que os serviços pertencentes ao sistema de saúde, operam de modo a dar conta das diferenças, de forma que até mesmo as práticas instituídas ou instituintes são orientadas para este fim. (BAREMBLITT, 2012).

Desse modo, cabe a reflexão sobre o modo como se opera o cuidado para dar conta dessas demandas de construção e promoção de saúde, a qual lógica este trabalho se ancora, o sentido que este tem para quem ele é direcionado e o que deve ser feito como forma de aumentar e potencializar o escopo de intervenção dos profissionais.

4.4 Processos de Trabalho do Psicólogo na APS e os desafios da interdisciplinaridade

A psicologia enquanto profissão e sua inserção no contexto da saúde é relativamente nova se comparada a outras áreas que compõem os sistemas de atenção. Essa inserção se deu em meados da década de 1970 e esteve baseada em demandas da psiquiatria voltadas criação de alternativas à internação compulsória em hospitais psiquiátricos bem como ao contexto de pós Segunda

Guerra. (PIRES; BRAGA, 2009; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Dessa forma, depreende-se que a psicologia manteve, durante um bom tempo, esse vínculo com o modelo médico no campo da saúde mental. Porém, com as mudanças já salientadas anteriormente, tais como a concepção de saúde e dos determinantes sociais, estratégias de promoção e prevenção, trabalho inter ou transdisciplinar e novas possibilidades de inserção e intervenção, tencionam aspectos teórico-práticos relativos ao que se considerava do campo da psicologia até então.

No nível de Atenção Primária à Saúde, há a necessidade de as equipes atuarem conjuntamente, visando estratégias para promoção de saúde, prevenção de agravos, bem como com questões inter-relacionais de outras equipes. Isso traz uma série de implicações para o trabalho do psicólogo quando este está incluso na equipe.

É importante salientar que, muitas vezes, o profissional da psicologia não está incluído pelo fato de que a própria organização da equipe mínima na Atenção Primária à Saúde se pauta em uma questão epidemiológica.

No tocante à função dos profissionais psicólogos nos serviços da APS, alguns autores citam que a forma mais adequada de atuação seria de um trabalho voltado à educação e conscientização da população para que esta crie alternativas para melhorar a qualidade de vida e das condições sociais da comunidade, essa última implica parceria com a comunidade; voltar-se também para práticas de prevenção e promoção em detrimento da reabilitação, atendimentos individuais e grupais. (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

Vasconcelos (2009) salienta, a respeito das transformações na clínica psicológica, que esta passa a se apropriar de dispositivos grupais e institucionais como alternativas terapêuticas para além do tratamento individual e que ampliam as possibilidades de intervenção. Isso implica uma série de mudanças “nos objetivos, no objeto de intervenção e da teorização, na clientela-alvo e na dinâmica de atendimento dos dispositivos clínicos” (VASCONCELOS, 2009, p.59). Além disso, é possível citar também que por meio desses processos grupais, é possível analisar “as relações de poder mobilizadas” nos serviços e na comunidade.

Ainda no que tange à inserção dos psicólogos nesses serviços, alguns autores afirmam que há uma dificuldade dos profissionais da APS de se adequar

à lógica do matriciamento nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família, por exemplo. (CELA, 2015).

O matriciamento vem se mostrando uma ferramenta de suma importância no que rege, tanto à possibilidade de estruturação de um trabalho interdisciplinar quanto à articulação de um serviço com o restante da rede, ou seja, através das interlocuções entre os outros níveis de atenção como estratégias para um cuidado integral.

Segundo Cela (2015, p.32),

Apoio matricial é a proposta de um arranjo organizacional para o trabalho em saúde que visa diminuir a fragmentação que se estabelece nesse campo. Operacionaliza-se através da constituição de uma equipe de especialistas diversos que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Outros estudos apontam que os psicólogos desenvolvem também atividades voltadas à gestão do serviço, através da coordenação de atividades mais técnicas e administrativas; docência, através de atividades voltadas ao ensino e supervisão de estagiários, e capacitação de profissionais de psicologia e/ou de outras áreas se necessário, além de atenção aos usuários e familiares organizada a partir da territorialização. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

É interessante frisar que o trabalho na atenção primária requer conhecimento do território e das características sociais, econômicas, culturais, políticas e afetivas que compõem esses locais. Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar auxilia no entendimento e na operacionalização da demanda para que esta possa ser diluída e articulada com redes os outros níveis de atenção.

Quanto a isso, esses estudos tornam perceptível que há uma dificuldade na atuação haja vista que é comum a transposição de um modelo clínico centrado num ambiente de consultório. (RONZANI; RODRIGUES, 2006). A possibilidade de realizar psicoterapia nesses ambientes não é apontada como sendo de todo ruim, no entanto, é colocado que esse modelo de atuação como central de modo a deixar de fora outros recursos que representam alternativas de atuação, por exemplo, como a territorialização. É por meio da territorialização que os profissionais serão permeáveis as condições sociais e cotidianas de necessidades e especificidades, assim como o reconhecimento de peculiaridades locais, tais como seus hábitos culturais, étnico, raciais e de como

o processo saúde-doença é significado por determinada comunidade. Nessa perspectiva, a atenção primária configura-se como um cenário desafiador, mas ao mesmo tempo potente para novas e diversas intervenções.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Compreensões dos trabalhos do Psicólogo na APS

Nesta categoria serão analisadas as compreensões do trabalho do psicólogo nos serviços de APS que se destacaram nos discursos dos informantes-chaves durante as entrevistas, bem como das observações colhidas em campo. Inicialmente será discutido a respeito do processo formativo do profissional da psicologia, de como estes o compreendem e como percebem a sua inserção no campo da APS.

Em seguida, será discutido o papel do psicólogo enquanto um mediador das relações e dos conflitos que se estabelecem entre os demais profissionais, gestores e os usuários. Partindo dessa discussão, passaremos para a temática do trabalho do psicólogo estando submisso à gestão e dos impactos disso nas formas de operar o cuidado.

Por fim, haverá uma reflexão a respeito das concepções dos processos de trabalho do psicólogo nesse campo da APS estando relacionado às ideias de que o papel desse profissional é de “apagar incêndios” e “enxugar gelo”.

5.1.1 A atuação no campo da saúde e o processo formativo do Psicólogo

Surgiram nos discursos afirmações que indicam pouco, em alguns casos nenhum debate tanto durante a graduação quanto posteriormente, quando estes profissionais já se encontravam em campo a respeito da Atenção Primária à Saúde, bem como da formação e das possibilidades de inserção e atuação do profissional da psicologia nesse campo.

As discussões dessas temáticas durante a graduação só passam a ser citadas por profissionais que concluíram a graduação há aproximadamente 3 anos. Em um discurso é apontado mais especificamente as temáticas abordadas e de como os estudantes faziam para se apropriar mais do conteúdo.

A gente não falava especificamente do serviço. A gente falava de políticas públicas, saúde pública, do psicólogo inserido nesse contexto,

e a partir daí a gente ia buscando, digamos assim, por fora. (Margarida)

Outros discursos apontam diálogos escassos, ainda durante a graduação, sobre essas questões, de modo que estas restringiam-se a uma breve conceitualização da APS, sem que houvesse uma discussão mais crítica e elaborada a respeito dessa política e das possibilidades dos processos de trabalho do psicólogo neste campo. Nesses casos, se sobressaem afirmações que apontam para uma incoerência dessas discussões com o cotidiano do trabalho, como é possível observar nestes discursos:

A teoria é diferente da prática (Amarilis)
Nas cartilhas o trabalho parece algo, porém na realidade não acontece o que é planejado de fato (Amarilis)
Não é um trabalho de condições ideais, é um trabalho de condição reais mesmo (Amarilis)

Nos discursos dos psicólogos, estes enfatizam que o conhecimento de suas práxis nos serviços de APS só foi possível já no cotidiano do trabalho. Em alguns casos, não foi citado nenhum tipo de preparação, nem mesmo após ingressar nesse campo.

O psicólogo do NASF não entra preparado não.(Gardênia)
Vai aprendendo meio que já caminhando.(Gardênia)
O nosso fazer ainda está sendo construído.(Amarilis)

Ainda partindo dos discursos, o contato com o campo, antes do mesmo de ingressar para o trabalho nesta área, é apontado como uma forma de se apropriar mais do contexto, da dinâmica das relações, dos impasses e potencialidades para o trabalho que esse cotidiano convoca. Nesse trecho do discurso de uma informante da pesquisa, a mesma fala sobre como sua experiência anterior com o contexto do campo de trabalho a ajudou após ingressar como profissional de psicologia no serviço.

Eu acho que eu tinha uma vantagem porque eu trabalho na saúde há 7 anos. Assim que eu comecei minha graduação eu já trabalhava na saúde, então eu passei por muitos setores na atenção primária; eu trabalhei na área burocrática, administrativa. Isso fez que eu abrisse o meu olhar, ampliasse o meu olhar, treinasse a minha escuta também que foi muito importante pra mim. Foi sair da caixinha na verdade. Conheci uma realidade totalmente diferente da minha e isso me deu uma bagagem muito grande. Quando recebi o meu canudo pronto, eu me sentia pronta. Não que eu saiba de tudo, eu acho que em todos os setores mas, na saúde pública eu sempre digo isso, que é uma oportunidade de você se reinventar a todo momento, porque não é um trabalho de condições ideais, é um trabalho de condição reais mesmo. Que muitas vezes você tem que se reinventar, tem que se utilizar muito da criatividade por conta de recursos, por conta de contexto de vulnerabilidade. Eu acho que foi isso que me ajudou a me sentir atraída

e preparada pra trabalhar na saúde pública.(Margarida)

Em 27 de agosto de 1962 entrou em vigor a Lei 4.119/62, a qual discorre a respeito dos cursos de graduação em Psicologia e da regulamentação da profissão no Brasil. Quase 23 anos depois, em 1995, o Ministério da Educação disponibilizou um documento no qual constam diretrizes que salientam a formação caracterizada como sendo generalista, interdisciplinar, científica, crítica e reflexiva e orientada para atuar multiprofissionalmente. Já a formalização e inserção da Psicologia como categoria profissional de nível superior para o trabalho no campo da saúde só foi possível em 1997, após a promulgação da resolução CNS nº 218. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018)

A formação de base para o exercício dessa profissão vêm sendo alvo de muito debate. O principal foco apontado, também como consenso, durante as temáticas é o caráter generalista da formação. (FERNANDES, 2016) Discussões sobre o assunto são cada vez mais frequente em fóruns, eventos e reuniões, culminaram com a criação do Encontro Nacional das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Psicologia que aconteceu no correr do presente ano. Afirmar a formação como sendo generalista, significa dizer que ela deve propiciar o ensino de uma gama de conteúdos voltados à reflexão e a experiências em diversos campos de atuação. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018)

Fernandes (2016, p.14/15) cita que a questão da formação em Psicologia como generalista, deriva de uma questão semelhante presente na formação médica que, influenciada por uma visão positivista, passa a ter um novo olhar, agora fragmentado, sob os fenômenos da realidade com objetivo de formar profissionais especialistas. Para operacionalizar curricularmente essa visão do profissional especialista, as disciplinas passaram a ser organizadas a partir de uma lógica de compartimentalização e fragmentação dos corpos.

Fiorini e Costa (2015) ressaltam que há uma tendência dos trabalhadores da saúde, inclusive o psicólogo, em fortalecer seus núcleos de saberes. Os autores afirmam ainda que essa característica uniprofissional é reforçada já na graduação, caracterizada por estes como “fragmentada, individualizante e biologicista” (p.115). Nesse sentido, uma formação acadêmica, que não coloca como uma das pautas principais as demandas sociais de saúde da população,

não está comprometida também com as compreensões e as formas de se operacionalizar de um cuidado integral em saúde.

A formação em saúde pautada hegemonicamente na verticalidade do conhecimento, na segurança dos procedimentos padronizados e na eficiência das tecnologias duras, acaba gerando marcas específicas nos modos de realizar o cuidado em saúde. Tais marcas como a linearidade, regularidade, neutralidade, fragmentação do processo saúde e doença, bem como, medicalização do corpo, do sofrimento e da vida produzem discursos e práticas prescritivos, normatizadores, disciplinadores e uniformizantes. Nessa lógica, há pouco espaço para a singularidade, a criatividade, a produção intersubjetiva de respostas mais coerentes, significativas e realmente eficientes na direção dos desejos e necessidades tanto dos trabalhadores como dos usuários.(FIORINI; COSTA, 2015, p.115)

Partindo do pressuposto de que a formação em Psicologia guarda um caráter generalista e partindo dos discursos, nos quais a área da APS é apontada como sendo um campo emergente de atuação, será que uma reforma curricular que agregue mais disciplinas para discutir esse novo campo de saberes e práticas, é viável? Sendo essa formação de caráter generalista, a que(m) cabe oferecer maior suporte teórico e técnico para intervenções nesse campo? Como os psicólogos estão fazendo para se apropriar do que se espera de um trabalho na APS?

Segundo Carvalho e Sampaio (1997), criar mais disciplinas nos cursos de graduação, por si só, não é suficiente. É preciso que se atente para o papel político que se convoca nesse processo. Passando a palavra para os autores,

o aprimoramento da formação não depende simplesmente de um acréscimo de conteúdos nos cursos, mas da estruturação destes segundo uma "política" de formação que privilegie a participação dos estudantes no próprio processo de construção do conhecimento. Ao insistirmos aqui na formação básica não estamos pensando apenas em currículo mínimo ou em disciplinas que constituiriam, por assim dizer, o "ciclo básico" da Psicologia por oposição ao "ciclo profissionalizante", mas em uma formação científica que deve estar presente ao longo de todo o curso. (CARVALHO; SAMPAIO, 1997, p.16)

Ainda nesse sentido, Bastos e Gomide (1989) frisam, embasados em Weber (1985), que

não se trata de introduzir ou redefinir disciplinas e/ou matérias no Currículo Mínimo que venham a favorecer a formação científica, mas o mais importante seria repensar a estruturação do Curso de Psicologia de tal forma que se permitisse ao estudante a sua participação em um processo de construção de conhecimento em realização, no Departamento em que está inscrito. (BASTOS; GOMIDE, 1989, p. 12).

Carvalho (1989) aponta outra dimensão a ser levada em consideração durante a formação em Psicologia: a pesquisa. Carvalho (1989, p.21 *apud*

Carvalho e Sampaio, 1997, p.16), ressalta que "através de uma boa formação em pesquisa, podemos formar um profissional que vai atuar em qualquer área, com uma atitude de pesquisador". Sobre essa atitude de pesquisador, a autora afirma ainda que é o que habilita o profissional a "criticar, analisar, reformular, inventar, pensar' a situação com que se defronta e não se restringe: à posição de um técnico 'aplicador de procedimentos aprendidos". (CARVALHO, 1989, p.21 *apud* CARVALHO; SAMPAIO, 1997, p.16)

Os discursos apontam que ao ingressar em um serviço da APS os profissionais sentem-se "meio perdidos" (Amarilis), principalmente com documentos e fichas a serem preenchidos de acordo com as atividades realizadas. Em alguns desses contextos, a forma que os psicólogos encontram para se apropriar da dinâmica do trabalho é, predominantemente, a partir do contato com outros profissionais, mas também via documentos que norteiam as políticas de APS, como é possível inferir por meio destes discursos:

estudando as cartilhas, as diretrizes, pegando macetes com outros profissionais, indo atrás de artigos de psicólogos que já haviam trabalhado na área (Gardênia)

vai aprendendo com educação continuada, capacitação, E-SUS (Gardênia)

Outras ferramentas como cursos de educação permanente, educação continuada e capacitações foram citadas nos discursos como possibilidades de qualificação multiprofissional para atuar em campo. Esses cursos são disponibilizados via *site* do Ministério da Saúde, mais especificamente pelo Departamento de Atenção Básica. A maioria dos cursos ocorre à distância, porém, em alguns desses há encontros presenciais. Os trechos dos discursos abaixo contemplam algumas compreensões que os profissionais têm dessas ferramentas enquanto complementares no processo de formação destes para atuar no campo da saúde:

O E-SUS é uma política, que a gente coloca todas as nossas informações, é uma ferramenta. Lá mesmo tem capacitação via digital como teletransferência ai, quem quer, participa. Alguns disponibilizam quando tem curso em Fortaleza e são escolhidos alguns membros do NASF, são escolhidos pra ir e depois vem e repassam para o resto.(P1) A educação permanente e a educação continuada tá dentro de uma categoria maior que é a educação do profissional. É tá formando o profissional pra ser mais atuante, pra ele conhecer mais o fazer dele, pra ele conhecer o território, pra fazer territorialização, e conhecer pra aplicar. Ele pode não ter um conhecimento numa área, faz capacitação, faz especialização na área, e aplica, faz projeto. O que o Estado quer é que o profissional seja atuante naquilo que ele tá proposto a fazer. Ele

dá a capacitação e você tem que fazer.(Gardênia)

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, ressalta em seu texto funções do Departamento de Atenção Básica que se relacionam com a temática da formação dos profissionais para atuar no campo da saúde. Dentre essas é possível destacar a articulação com o Ministério da Educação visando elaborar estratégias que incitem e estimulem mudanças a nível curricular dos cursos de graduação e pós-graduação, além do estabelecimento de diretrizes nacionais e instrumentos técnicos e pedagógicos visando os processos de gestão, formação e educação permanente de profissionais e gestores para atuação no campo da APS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Além disso, consta na portaria como responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

VI - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Desse modo, podemos inferir que há um suporte teórico-conceitual aos profissionais no quesito de formação já em campo, ou seja, quando os profissionais já estão inseridos nos serviços de APS, via ferramentas de ensino à distância, que visam possibilitar, aos gestores e profissionais do campo da saúde, uma forma de aprofundar nos estudos e na reflexão das possibilidades de atuação no campo da saúde.

Por outro lado, surgiram nos discursos alguns apontamentos com relação à carência de materiais que direcionam os processos de trabalho dos psicólogos nesse campo como algo positivo diante da variedade de demandas. Nesse sentido, é colocado que, ao não estabelecer um modo único de lidar com determinada situação ou demanda, se dá abertura para que cada caso seja visto como um, a partir das ferramentas que se dispõe como o acolhimento e a escuta, como pode ser observado nesse discurso em que a informante fala sobre o trabalho na APS.

pra psicologia é um campo muito novo e diferente das outras categorias que se você colocar no site do ministério você vai achar cartilhas que direcionam o trabalho do fisioterapeuta, da enfermagem e da nutrição. Na psicologia não tem isso. E ainda bem que não tem. Não tem como você desenvolver uma cartilha de como agir, do que fazer em situações únicas, em situações que mudam a cada momento, em contextos que

mudam a cada instante. Hoje eu tenho um paciente que está de um jeito, outra vez está de outro totalmente diferente não tem como resumir, generalizar as situações ou criar um modelo. Então a gente vai com a nossa abordagem teórica e a nossa postura ética que contribuem muito, mas o que mais contribui é você estar aberto a você acolher, a você escutar, e você ter muita criatividade. (Margarida)

Desse modo, a produção teórico-conceitual e teórico-metodológica presentes nas cartilhas, de modo geral, são elaboradas a partir de uma concepção de um trabalho a ser realizado por profissionais das mais variadas especialidades, com vistas a integrar todas estas em prol de um cuidado mais integral.

É possível citar ainda o papel dos conselhos federais e regionais de Psicologia que, na tarefa de regular o exercício profissional do psicólogo, lançaram uma cartilha em 2010, a partir de uma pesquisa de âmbito nacional sobre as práticas dos psicólogos na APS, visando ser este um documento de referência para a atuação dos psicólogos na APS, ou seja, que visa qualificação técnica destes profissionais atuantes no campo em questão.

5.1.2 O cuidado em questão: reflexões sobre o psicólogo como um “intermédio” nas relações entre equipe e pacientes.

Se sobressai nos discursos a afirmação a respeito do papel do psicólogo como um mediador na relação e nos conflitos que ocorre entre os demais profissionais da equipe para com os pacientes. Nesse sentido, o trabalho do profissional psicólogo é compreendido da seguinte maneira:

“É como se fosse uma base, praticamente, pra eles. Porque como eles são pacientes delicados, pacientes acamados, eles são muito vulneráveis, então acho assim, que é o intermédio principal do paciente pra que ele possa se dar bem com os outros profissionais, entende? Pra aceitar, muitas vezes o nosso serviço, a nossa ajuda”. (Hortênsia)

Os profissionais que atuam em conjunto com o psicólogo apresentam a compreensão de que o papel deste é de mediar a comunicação entre os demais profissionais e os pacientes, utilizando-se de estratégias de convencimento visando aceitação, por parte dos pacientes, dos serviços que, em tese, são direcionados a eles pela equipe.

Durante observações em campo chamou atenção uma discussão, entre os próprios profissionais, a respeito de um conflito pessoal que houve entre um profissional e um usuário do serviço. Na ocasião, o último afirmou que não

gostaria mais de receber o profissional em sua residência, apesar de necessitar do serviço. Fato semelhante também surgiu em um dos discursos a respeito da recusa de um paciente a determinado serviço, por este achar que não necessitava desse tipo de cuidado. Em ambos os casos, a presença do profissional da psicologia foi convocada visando ao mesmo fim: mediar conflitos e promover aceitação, por parte do paciente, do serviço que lhe estava sendo direcionado.

No entanto, ficou perceptível que essas intervenções do psicólogo ocorriam de modo fragmentado, sem interesse por diálogo ou reflexão do que estava acontecendo por parte dos outros profissionais que apenas o comunicavam do ocorrido e solicitavam a ida do psicólogo até a residência do paciente para conversar com este.

As compreensões a respeito do que se trata da seara da psicologia, podem ser observadas a partir do seguinte discurso:

A gente sempre encontra né, as queixosas. “Isso tá acabando comigo, eu não to mais aguentando isso e aquilo outro”. Então a gente já sabe que aquilo ali, por mais que você tente, é mais da competência do psicólogo. Ai a gente sempre pede pro psicólogo vir aqui e conversar com a pessoa. Acontece mais com o cuidador. Mas quando o paciente é aquela pessoa mais adoentada, tem dias que você chega lá ele tá bem, tem dias que você chega lá tá cabisbaixo, tá choroso, mas não tão positivo, eu vejo como da competência de um psicólogo. Ele tem uma destreza maior pra conversar alguma coisa daquele momento do mundo dele. Aquilo que ontem ele achava que era positivo, hoje ele não faz mais aquilo na vida dele como um ponto positivo, mas como um ponto de cada vez mais ele se afundar naquilo. (Rosa)

Aqui no serviço eu vejo assim, a psicologia como um ponto positivo. É um suporte de apoio muito bom. Por que além do que vocês estudaram da parte humana da psicologia, claro que vocês vão ter suporte maior de compreensão, até de entendimento e de explicação pra aquele paciente. Ou naquele ponto daquela tristeza, ou naquilo que ontem era alegria e hoje é sofrimento. Eu compreendo assim, que ela vai ter aquele parâmetro pra poder resgatar aquilo que ontem foi alegria e hoje pra ele é tristeza, e tentar transformar aquilo ali sempre num ponto de alegria. (Rosa)

Essa postura do psicólogo enquanto mediador nas relações de trabalho é apontado em outros estudos, inclusive pelos próprios psicólogos. (TRINDADE, 1999; DANTAS, 2014)

Vasconcelos (2008, p.36) define mediação da seguinte forma:

Mediação é um meio geralmente não hierarquizado de solução de disputas em que duas ou mais pessoas, com a colaboração de um terceiro, o mediador – que deve ser apto, imparcial, independente e livremente escolhido ou aceito –, expõem o problema, são escutadas e questionadas, dialogam construtivamente e procuram identificar os

interesses comuns, opções e, eventualmente, firmar um acordo.

Fiorini e Costa (2015) afirmam que, analisando historicamente, a psicologia tomou a posição de uma ciência que detinha o saber sobre as questões emocionais dos sujeitos. Atualmente, segundo os autores, essa concepção ainda repercute nos processos de trabalho do psicólogo pelo fato de estes atuarem “desconsiderando, nas suas práticas em equipe, o que outros profissionais já realizam nesta área, perpetuando uma atuação individual e pré-determinada que não empodera os demais profissionais” (FIORINI; COSTA, 2015, p.116)

Os autores ressaltam ainda que os trabalhadores da saúde em geral, inclusive o psicólogo, atuam de modo a priorizar seus núcleos profissionais e que isso ocorre já desde a formação acadêmica, esta caracterizada como “fragmentada, individualizante e biologicista” (FIORINI; COSTA, 2015, p.115). A centralização da uniprofissionalidade dos saberes, reflete, segundo os autores, numa formação que, ao não colocar em primeiro plano para discussão as demandas da população, também não está comprometida com um modelo de atenção e cuidado integral em saúde. Passando a palavra aos autores,

A formação em saúde pautada hegemonicamente na verticalidade do conhecimento, na segurança dos procedimentos padronizados e na eficiência das tecnologias duras, acaba gerando marcas específicas nos modos de realizar o cuidado em saúde. Tais marcas como a linearidade, regularidade, neutralidade, fragmentação do processo saúde e doença, bem como, medicalização do corpo, do sofrimento e da vida produzem discursos e práticas prescritivos, normatizadores, disciplinadores e uniformizantes. Nessa lógica, há pouco espaço para a singularidade, a criatividade, a produção intersubjetiva de respostas mais coerentes, significativas e realmente eficientes na direção dos desejos e necessidades tanto dos trabalhadores como dos usuários. (FIORINI; COSTA, 2015, p.115)

Nesse sentido, os autores defendem que essa fragmentação do saber-fazer “têm ligação com os modos de funcionamento das políticas da sociedade e de constituição do conhecimento, bem como das micropolíticas de controle, de produção de indivíduos e de disciplinarização dos corpos”. (FIORINI; COSTA, 2015, p.116). Entretanto, ressaltam que houveram progressos produzidos pela própria psicologia após a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, no intuito de superar as tentativas de normatização construídas em seu percurso histórico.

Campos e Domitti (2007) ressaltam uma estratégia de trabalho em saúde, denominada de apoio matricial, que consiste em oferecer assistência e apoio

técnico e pedagógico às equipes de saúde da família e a profissionais especializados. Essa metodologia de trabalho, também conhecido como matriciamento, é colocada como estratégia para oferecer um cuidado mais integral e humanizado, ao considerar diversas dimensões do sujeito na produção de práticas mais horizontais e descentralizadas.

Fiorini e Costa (2015) ressaltam que o psicólogo assume, muitas vezes, o papel de quem dá esse suporte técnico e pedagógico para as equipes para a lida com demandas de sofrimento psíquico, haja vista que os profissionais apresentam dificuldades em lidar com essas demandas. Marazina (1989 *apud* Fiorini e Costa, 2015), explana que os profissionais estão em constante tensão quando precisam lidar com essas questões e quem assume o papel de “salvador”, no sentido de promover alguma mudança, nesses casos é o profissional da psicologia. Para exemplificar a forma como os profissionais que participaram do seu estudo se posicionam nesse meio, a autora cita que é possível identificar as compreensões destes em seus discursos de duas formas: de forma explícita e de forma oculta. Desse modo, a autora coloca que há um entendimento

explícito, que se destaca como objetivo da reintegração à sociedade, diminuição do sofrimento, defesa da dignidade humana, entre outros; e um oculto, que se refere às precárias condições de trabalho, aos mecanismos de institucionalização/internação de sujeitos como solução de tratamento e à falta de espaços de reflexão que suportem suas práticas. O risco aqui reside nos trabalhadores se consituírem ‘messias’ que perseguem arduamente o discurso explícito, ou ficarem frustrados por não darem conta da demanda endereçada em meio à influência significativa dos conteúdos do discurso implícito. Qualquer prática que leve a sério os objetivos explícitos enunciados e provoque implosões que analisem os objetivos ocultos das práticas assistenciais causará enormes incômodos e resistências aos trabalhadores, colocando em jogo fortes ansiedades persecutórias e jogos dissociativos que impedem a reflexão. Isso para que o “não saber” de cada trabalhador não fique evidente. Confessar o não-saber faz com que se aproximem da falta, da confusão e da loucura daqueles que temem cuidar (MARAZINA, 1989 *apud* FIORINI; COSTA, 2015, p.121)

Fiorini e Costa (2015) frisam que é importante que os profissionais estejam abertos e disponíveis para o contato com os usuários, haja vista que a lida com demandas de sofrimento envolve um manejo clínico. Como estratégia para lidar com isso, Merhy (1998) cita o uso das chamadas tecnologias leves, que prezam a criação e o estabelecimento de um vínculo na relação. Estabelecer um vínculo implica em afirmar que “idealizar usuários de saúde e trabalhadores em relação é reconhecer que ambos constroem seus papéis

intersubjetivamente, entre si e uns com os outros, nas esferas microssociais de que fazem parte” (FIORINI; COSTA, 2015, p.120).

A respeito das tecnologias leves, Merhy (1998) explana que

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário -paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1998, p.9)

Surgiram nos discursos afirmações a respeito de situações de conflito em que é convocada a presença e o posicionamento do profissional da psicologia. Essas situações são vistas como um desafio para a equipe.

Eu acho mais desafiador aqui dentro. O psicólogo tem que ser mesmo firmeza. Colocar na ponta do lápis o que ele estudou, de dar mesmo a cara a tapa, sem ter medo de achar o que um nível A lá em cima vai achar independente de um nível B lá em baixo vai dizer. Eu acho que ele tem que se posicionar o que ele é. Claro, não que a verdade dele vá ser a total verdadeira. Mas eu acho que sempre em situações de conflito ele vai ter que se posicionar. (Rosa)

Fiorinni e Costa (2015) colocam que o psicólogo, mesmo estando ou sendo colocado nesse lugar de mediador, não deve assumir sozinho essa responsabilidade, devendo portanto, traçar estratégias para promover espaços de discussão e diálogo de saberes junto às equipes.

O psicólogo seria um facilitador das mudanças desejadas e necessárias, não devendo entretanto assumir isoladamente o protagonismo desse processo. Assim, além da competência clínica, é necessário o desenvolvimento de uma competência política e articulação de sujeitos e interesses. Tais saberes e competências não são exclusivos da atuação do psicólogo social, embora sejam sua marca. Inclusive, um dos papéis que deveria ser incorporado ao trabalho nos territórios é exatamente a promoção de espaços e oportunidades de desenvolvimento de tais saberes e competências junto à equipe de saúde. (FIORONI; COSTA, 2015, p.121)

A partir desse discurso, podemos pensar também no papel do psicólogo estando submetido à gestão, questão a ser tratada no próximo subtema.

5.1.3 O trabalho do psicólogo estando submetido à gestão

Os discursos apontam para uma alocação de profissionais sem a

compreensão e sem a logística da função do profissional da psicologia nos territórios. Quando gestores e coordenadores responsáveis não conhecem o território e nem a função destes profissionais no/para o território, reforça-se um trabalho inócuo, que tende a reproduzir processos fragmentados de intervenção.

Em determinado momento da entrevista, ao falar da inserção do psicólogo nos serviços de APS, do modo como ela percebe que ocorre a formação das equipes e da pertinência do profissional da psicologia na equipe multiprofissional, uma informante faz a seguinte afirmação:

“Não tinha preferência de um em detrimento de outro. A psicologia deve ter sido colocada no território porque só tinha uma equipe. Então era só mais gente pra compor o trabalho” (Gardênia)

Foi mencionado, nos discursos dos psicólogos, o desejo destes de realizarem outras atividades. Estes ressaltam ainda que chegam a deixar a agenda aberta para a realizá-las, porém quando chegam à UBS, há usuários aguardando atendimento que não foram previamente marcados, nem comunicados, com os psicólogos. Segundo constam nos discursos, quem toma a iniciativa de marcar esses atendimentos é a gerência, e isso irrita os profissionais. Desse modo, o que estes esperam dos gestores enquanto agentes no fortalecimento de relações e de cogestão dialógicas, fica comprometido ao passo que estes são incisivos em suas atitudes, reforçando uma lógica de trabalho hierárquica e fragmentada.

A proposta de implantação de serviços de APS norteia-se em 5 princípios básicos: acessibilidade, abrangência, coordenação, continuidade e responsabilidade. No entanto, partindo de uma concepção de saúde não mais orientada pela ausência de um agente patógeno como causador de doenças, é importante que, ao operacionalizar estes princípios, se esteja atento a condicionantes e determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. No entanto, para isso, os profissionais salientam que é necessário um tempo para que eles possam conhecer e se apropriar da dinâmica do serviço, do território e do relacionamento com os demais profissionais das equipes, bem como de planejar o modo como ele irá se organizar para realizar seu trabalho neste. Há queixas com relação ao que se espera desse psicólogo, ao que os outros profissionais compreendem como algo da seara da psicologia, haja vista que é algo que envolve um manejo para lidar com essas forças. Dessa forma, é

possível identificar nos discursos o modo como os profissionais se sentem ao ingressarem em um serviço e a demanda que é direcionada a eles, tanto por parte dos usuários, dos demais profissionais e dos gestores.

“A princípio você fica, não sabe o seu lugar, não sabe seu fazer, e então fica aquela coisa, vou fazer o que tiver demanda. E a demanda vai ser sempre clínica” (Gardênia)

Junqueira (1990) ressalta que, para atingir os objetivos e o que ocorre na busca por maior resolubilidade e eficácia dos serviços de saúde, é preciso partir da compreensão de que se está diante de uma “rede de causas” e que a quantidade de recursos destinados aos serviços, somente, não dá garantia de qualidade na oferta destes. Ainda nesse sentido, Paim e Almeida Filho (1998) citam um conceito criado por Testa denominado de “atenção primitiva à saúde” o qual deve ser levado em consideração ao pensarmos na implantação destes serviços.

Parte-se, nesse conceito, da ideia de que a APS se trata de uma política assistencial que, tendo como norte a redução de custos financeiros em saúde, esteja organizando os serviços de modo a reduzir também a qualidade destes. Para tanto, se faz importante uma avaliação crítica de como estão sendo implantados estes serviços e do modo como estão sendo gerenciados. (RONZANI;RODRIGUES, 2006).

Assim, defende-se a importância de uma reestruturação do sistema de saúde e a proposta de que os serviços que compõem esse sistema devam trabalhar em rede, no entanto, estas são perpassadas por uma série de fatores para que possam ser operacionalizados. Dentre esses fatores é possível citar 1) as relações entre pessoas, 2) tecnologia, 3) recursos e 4) administração. Junqueira (1990) aponta a administração, que também pode ser compreendida como gestão, como determinante para a qualidade dos serviços prestados em saúde, haja vista que ao agregar os outros 3 fatores supracitados articulados em estratégias que envolvam planejamento, coordenação, direção e controle, há a possibilidade de organizar a saúde, os níveis de atenção e a qualidade dos serviços prestados.

No entanto, o autor salienta ainda que, para realizar o papel de gerência nos serviços de saúde, é fundamental que se some conhecimentos e habilidades em quesitos técnicos, administrativos, políticos e psicossociais. (JUNQUEIRA,

1990)

Na Portaria nº 2 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017, é frisado a importância de o gestor ser um profissional qualificado, de preferência com nível superior e experiência na APS e que não seja integrante das equipes com algum vínculo com as UBS. Segundo a portaria nº 02 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde no SUS, o gerente tem a função “de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações”, cabendo a ele algumas atribuições, dentre estas é possível citar a participação e orientação do processo de territorialização, planejamento e programação das equipes, avaliação de resultados e proposição de estratégias visando alcance de metas de forma conjunta aos demais profissionais, acompanhamento, orientação e monitoramento dos processos de trabalho das equipes, contribuir na mediação de conflitos e resolução de eventuais problemas, valorização e incentivo à autonomia e ao protagonismo dos diferentes atores na produção de saúde e estimular o vínculo entre os profissionais de modo a favorecer o trabalho em equipe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Galavote *et al.* (2016) afirma que os gestores estão em constante transição entre os espaços da macro e da micropolítica das relações devido ao lugar político em que se encontram. Isso os possibilita identificar aspectos relevantes para gerir um trabalho que vise implementar um modelo de atenção que, dependendo do modo como é proposto pode ser potente ou não com os trabalhadores ao passo que estimula a autonomia de criação de cada trabalhador. Desse modo,

A gestão do trabalho pode ser compreendida apenas sob o formato administrativo, pautado em situações de mando e no controle prescritivo da organização dos processos de trabalho, no campo da macropolítica, mas também pode ser uma ação cotidiana do trabalhador, no espaço da micropolítica, a partir do reconhecimento de que todos os trabalhadores são gestores do seu próprio trabalho, exercendo graus de liberdade na organização e execução de suas práticas (GALAVOTE *et al.*, 2016, p.990)

5.1.4 Compreensões que põem em xeque os processos de trabalho do psicólogo na APS: enxugar gelo e apagar incêndios

Surgiram nos discursos afirmações no que concerne à compreensão que

alguns psicólogos têm de que, em alguns casos, seu trabalho nos serviços de APS não esteja sendo efetivo, como é possível depreender a partir desse trecho

“me sinto enxugando gelo aqui” (Amarilis)

Por outro lado, houveram discursos que apontaram para uma compreensão de que se convoca do profissional da psicologia soluções imediatas para as mais diversas situações.

A gente lida o tempo todo com situações extremas, a gente só lida com extremo, o nosso dia a dia muitas vezes é só de apagar incêndio. Temos que ser muito rápido nas atitudes, na postura, nas intervenções e eu acho que isso precisa de muita criatividade pra poder atuar.(Margarida)

É presente nos discursos o relato de uma sensação de cansaço por parte dos profissionais por trabalhar no campo da saúde. Ao falar do motivo de isso acontecer, uma informante traz em seu discurso que quando os profissionais chegam ao serviço, sentem-se motivados a fazer diversas atividades. Porém, com o passar do tempo, ficam desmotivados devido a uma série de situações que acontecem no cotidiano do trabalho como conflito com gestores, com os demais profissionais, a lida com os usuários, a carência de espaços para realizar atendimentos nos serviços, na falta de transporte que facilite a mobilidade para visitas domiciliares, atividades que envolvem conhecimento o território e intervenções de promoção de saúde, prevenção de agravos neste, e outras atividades fora do ambiente do serviço; enfim, nos empecilhos, em sua maioria de ordem burocrática, que barram novas formas de atuação.

Em alguns casos, os psicólogos convocam outros profissionais das equipes para realizar atividades conjuntamente, porém relatam que estes outros profissionais também sentem-se desmotivados e que a estrutura física dos serviços não favorecem a realização de atividades como as chamadas “salas de espera”. Ressaltam que reconhecem estratégias de trabalho e de cuidado que possibilitam novas formas de atuação, como por exemplo, a criação e estabelecimento de vínculos. No entanto, não há abertura de outros profissionais para que isso seja realizado. Em um dos discursos a informante elabora a seguinte questão:

“Como eu posso convidar minha colega de trabalho para fazer isso juntas se ela vive dizendo que não tem mais saco pra isso?” (Amarilis)

Nesse sentido, é possível inferir, a partir dos discursos, que os profissionais de psicologia parecem buscar intervenções que dialoguem com o

que exigido dele enquanto profissional da APS, no entanto, acabam sucumbindo a lógica fragmentada de trabalho que é produzida e reproduzida dentro destes dispositivos de atenção.

Em alguns discursos os profissionais citam atividades que gostariam de realizar, em sua maioria, fora do ambiente do serviço. Alguns citam rodas de quarteirão, mutirões e realização de grupos que abordem temáticas de saúde mental. Fica perceptível, a partir dos discursos, que os psicólogos visualizam essas atividades como sendo atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos. No entanto, quando não há possibilidade de realizá-las, a compreensão destes é que o trabalho se pauta em intervenções que visam a reabilitação do sujeito.

“me sinto fazendo uma reabilitação aqui, por que não tenho como prevenir, quando tenho contato com o usuário é quando ele já vem encaminhado para mim” (Amarilis).

A partir desse discurso, podemos inferir que, em alguns casos, os psicólogos que atuam nos serviços de APS apresentam dificuldade em operar um trabalho tendo vistas a prevenção de agravos e promoção de saúde pois, quando recebem um paciente por meio de encaminhamento de outros profissionais, a via que mais vislumbram de atuação está relacionada a um cuidado por meio de estratégias de reabilitação, nas quais o que se faz é “acompanhar o paciente” (Amarilis) que geralmente chega até eles via encaminhamento de outros profissionais.

Os profissionais da psicologia ressaltam ainda que, quando tentam realizar atividade nas escolas de educação em saúde, é comum serem acionados pelo restante da equipe da ESF para atender um caso e fazer acompanhamento de paciente cuja demanda se origina a partir de outros profissionais. É cobrado do psicólogo que este faça atendimento individual, o que é compreendido pelos psicólogos como uma prática ambulatorial.

Diante disso, os psicólogos sentem-se como se estivessem fazendo um trabalho que não deveria estar sendo feito, ou que não estão realizando aquilo que lhes é colocado enquanto atuação que se espera na atenção primária, o que gera neles a sensação de estar fazendo algo inútil, como se este trabalho não fosse, de alguma forma, efetivo.

Archanjo e Schraiber (2012) apontam que o processo de inserção da

Psicologia nos serviços de saúde esteve em um contínuo questionamento interno a respeito do que se espera de uma função social do psicólogo e do papel da formação desse profissional nesse processo. Segundo os autores, as discussões se orientam em dois eixos principais:

- 1) a crítica de que a psicologia caracterizava-se principalmente como uma profissão liberal, elitista e excludente, cujo foco era a prática clínica tradicional realizada em consultório particular e centrada em um indivíduo abstrato e a-histórico, tendo como base a relação dual, o modelo médico e o atendimento à classe socioeconômica média e alta;
- 2) a função do psicólogo deveria ser social, em que primeiro era preciso divulgar ao público leigo e a outros profissionais a especificidade da psicologia em relação a outras categorias profissionais e expandir seus serviços à população brasileira atendendo as necessidades da sociedade e utilizando seus recursos técnico-científicos na resolução de problemas diversos relacionados à realidade de nosso país (ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012, p.353/354)

Guedes e Sato (2012), elencam a importância de se refletir a respeito dessas compreensões a partir da observação dos contextos em que verifica essa relação, os efeitos que elas produzem nos processos de trabalho e as possibilidade de estratégias alternativas para lidar com essas questões.

Segundo as autoras, na afirmação de que o trabalho do psicólogo é de apagar incêndio, reflete a ideia de que “não há tempo a perder”, de modo que

Há nessa fala a convocação para uma temporalidade do imediato, a qual, na exigência de respostas urgentes, suscita movimentos reativos, em que há pouco espaço para a construção de estratégias de trabalho mais efetivas. Em estado bruto se recebe e, da mesma maneira, se responde.(GUEDES; SATO, 2012, p.1)

As autoras colocam ainda que, com o aumento na frequência da exigência desse tipo de resposta dos profissionais, “perde-se de vista o sujeito e sua biografia, tornando as respostas limitadas a um repertório, na medida em que a finalidade passa a ser mais aplacar a tensão, dos atendidos e da equipe, do que entender o que estava sendo transmitido no contexto da relação” (GUEDES; SATO, 2012, p.2)

Quando os profissionais não conseguem lidar com essas demandas recorrentes, o que há é uma sensação de impotência que, segundo as autoras, se desdobra em culpa por não dar respostas que se acredita ser suficiente, podendo acarretar inclusive em desistência, restando um estado de apatia e a compreensão de que o trabalho que se realiza é semelhante a “enxugar gelo”.

Segundo Vieira (2013, p.98), essa sensação de estar “enxugando gelo”,

remete a uma prática que não tem resultado animador, por mais que se faça algo de impacto para mitigar a situação de vulnerabilidade, a

ausência de resultados animadores acaba por prostrar a vontade de cuidar com dedicação. Como consequência o ânimo inicial cede ao cansaço, à desilusão e à desistência, e o cuidado adquire o sentido de uma inércia constante.

Como estratégias de lidar com essas questões, Guedes e Sato (2012) colocam que é imprescindível criar e viabilizar momentos e espaços de reflexões e cuidados nos quais seja possível elaborar sobre essas questões por meio de reuniões, supervisões, capacitações e grupos de estudo, no entanto, reconhecem a dificuldade de realizar essas ações no contexto das instituições e no cotidiano dos trabalhos.

5.2 Práticas dos psicólogos na APS: do contexto de vida para o contexto em que a pessoa vive.

Nesta segunda categoria, será discutido a respeito dos processos de trabalho dos psicólogos, como eles e os demais profissionais e usuários identificam suas práticas e de como estas são operacionalizadas. Inicialmente, versaremos a respeito de como os psicólogos articulam o cuidado na rede de APS. Em seguida, será traçada uma discussão sobre a mudança do setting clínico nesses serviços e das implicações disso no trabalho do psicólogo.

5.2.1 (Des)Articulação interdisciplinar e intersetorial do/no trabalho do psicólogo na APS

Fica demonstrado através dos discursos que os profissionais realizam uma série de atividades que vão de atendimentos individuais e grupais, como também alguns são realizados com outros serviços da rede, como é o caso do trabalho com palestras em escolas. Uma informante, ao falar da dinâmica de seu trabalho em um serviço da rede de APS, ressalta algumas atividades de trabalho do psicólogo nesse campo:

“É o que eu já tenho falado aqui né.. a questão da visita domiciliar, do atendimento individual, da educação em saúde, dos grupos – que é muito importante frisar os grupos – da questão do PSE que tem uma vinculação com a educação, a gente ir nas escolas com as palestras, faz esse trabalho conjunto com a educação” (Gardênia)

Surgiram, ainda nos discursos, informações a respeito da dificuldade dos profissionais de lidarem com algumas demandas que chegam até a eles, sempre via encaminhamentos de outros profissionais das equipes. Uma entrevistada

afirmou o seguinte:

“Quando e vejo que é algo mais, grave mais complexo, eu já encaminho”(Gardênia)

Diante desta fala de uma psicóloga entrevistada, nos ocorre que os processos de trabalho do psicólogo na atenção primária parecem se ater à lógica do encaminhamento, ou seja, quando este profissional se vê diante de um quadro que não sabe ou não consegue resolver, o procedimento adotado é de encaminhamento para outros profissionais, com outras especialidades, sem que essa forma de articulação envolva um diálogo conjunto, interdisciplinar e interprofissional, a respeito do caso; não há interesse em diálogos a partir dos quais se possa traçar possíveis estratégias de solução. Desse modo, o trabalho parece não apontar para um processo interdisciplinar, no qual os profissionais se unem, se articulam para assistir um dado caso, mas sim opera a lógica do “passar pra frente”, de encaminhar o caso seguindo um padrão de processos de trabalho no qual cada um realiza sua prática de forma isolada e sem interlocução de conhecimentos.

Nesse sentido, o processo de trabalho do psicólogo na atenção primária se norteia por um fluxo que se estabelece a partir do que se demanda de outro profissionais, ou seja a demanda chega ao psicólogo por meio da equipe multiprofissional. No entanto, o psicólogo percebe que este não seria o processo de trabalho esperado para que ele implemente uma prática neste nível assistencial pois espera-se que o profissional esteja no território, identificando as vulnerabilidades e atuando juntamente com a equipe multiprofissional para solucioná-las, utilizando, inclusive, elementos terapêuticos potenciais do próprio território.

Portanto não se identifica um processo de trabalho interprofissional destes atores na atenção primária, haja vista que os processos de trabalho se dão ainda de forma fragmentada, reproduzindo uma prática das especialidades sendo implementada na atenção primária, ou seja, cada profissional faz seu trabalho de forma isolada, apenas se comunicando por meio de encaminhamentos.

Em alguns momentos parece haver alguma integração de ação conjunta deste profissional, comumente com Agentes Comunitários de Saúde, em visitas domiciliares. No entanto, parece que isso ocorre de forma pouco potente, haja vista que o que se busca é uma demanda em que o psicólogo possa intervir, mas

sem que isso seja dialogado, mesmo com o profissional que realiza a visita conjuntamente, quando realiza.

Ferro *et al.*, (2014, p.130) esclarece que

A interdisciplinaridade na saúde exige a superação do pensamento simplista dos processos de saúde e doença pautados na unicidade da resposta causa-ação. A interdisciplinaridade assume, logo, a possibilidade dos contraditórios, das diferenças e, principalmente, da criatividade.

Além disso, os autores apontam que, para que se possa garantir melhorias nas condições de saúde da população, se faz interessante o uso da intersetorialidade como uma forma de articulação de diversos setores sociais, ao passo que gera uma rede de interdependência e corresponsabilização visando o desenvolvimento de ações que vão ao encontro do princípio da integralidade, cuja potência colabora ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. (FERRO *et al.*, 2014)

Segundo Dias e Silva (2016), o apoio matricial é uma forma de operar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade no campo da saúde, haja vista que não contempla atividades como os encaminhamentos, pois prioriza-se a troca de experiências e a corresponsabilização do cuidado. Os autores afirmam ainda que o motivo de não ocorrerem atividades em equipe, se dá pela dificuldade de se operacionalizar esse tipo de trabalho, e não apenas por conta da indisposição dos profissionais, pois há, por parte dos profissionais o reconhecimento de que há demanda para esse tipo de atuação. No entanto, apenas o reconhecimento da estratégia do trabalho em equipe e do apoio matricial como potentes, não é suficiente para que sejam postos em prática no cotidiano e nas relações de trabalho. Isso ocorre por que

Os profissionais ficam envolvidas nas atividades de seu núcleo específico de trabalho, restando pouco tempo para a atuação em equipe. A grande quantidade de atendimentos das UBSs é um agravante nesse contexto, empurrando os profissionais para a solução imediata da demanda, dificultando um planejamento e execução de atividades multiprofissionais (DIAS; SILVA, 2016, p. 539)

A respeito do conhecimento de quais atividades compete ao núcleo do profissional da psicologia, alguns autores apontam que se pautam em uma atuação eminentemente ligada a uma escuta, e como algo a ser realizado em um ambiente fechado, interior dos serviços. Desse modo, não são reconhecidos

trabalhos fora do ambiente dos serviços como algo da seara do profissional da psicologia, mesmo nos casos em que esse trabalho é realizado, como em visitas domiciliares, por exemplo, dando a ideia de que isso responsabilidade “da equipe”. (ARCANJO; SHCRAIBER, 2012; DIAS; SILVA, 2016). Discutiremos agora, a respeito desse deslocamento do setting clínico, apontado pelos profissionais como algo a ser pensado inclusive em relação às possibilidades de trabalho em equipe, nas quais o psicólogo se inclui como profissional, ao opera atividades em outros ambientes, como no domicílio do sujeito, não sendo isso algo impeditivo para sua atuação.

5.2.2 Deslocamento do setting clínico: do contexto de vida do sujeito para o contexto em que o sujeito vive.

De modo peculiar, nas atividades que envolvem visitas domiciliares, é possível identificar um diálogo, mesmo que tímido, entre os profissionais, haja vista que são as atividades mais citadas nas quais há maior frequência de ser realizada conjuntamente. Nesses momentos, são citados nos discursos o quanto as intervenções e percepções de um profissional podem afetar o trabalho dos outros, de modo que se faz necessário muita cautela ao lidar com as demandas que surgem nesse novo *setting*. No entanto, isso não parece ser muito explorado pelos profissionais como estratégia mais potente de cuidado, nem de estabelecimento de vínculos, pois muito desses parecem colocar essa atividade como um “favor” que fazem aos usuários ao estarem indo atendê-los em seus domicílio, sem analisarem outras questões que se convoca nesse ambiente de atendimentos.

Uma entrevistada ressalta que é preciso cautela ao lidar com as questões que se colocam no atendimento domiciliar, que são vista, em sua maioria, como um desafio para o profissional da psicologia. Estando no ambiente que chamamos acima como “o ambiente em que a pessoa vive”, subtende-se que o profissional está submetido a um outro *setting* que envolve um manejo do que ocorre ao redor, e uma outra conduta vide as regras e limites do sujeito e das pessoas com quem ele convive.

“Um dos grandes desafios do trabalho no melhor em casa é porque é um trabalho no domicílio, é na casa da pessoa, às vezes isso é maravilhoso e às vezes não, por que o que impera lá são as regras da pessoa, é o contexto dela, são as crenças dela, é o que ela acredita e a gente não

tem autonomia nesse contexto, não tem um *setting* perfeito. Então temos que ter muita criatividade pra construir um espaço que seja adequado pra você intervir, pra acolher, por que tem horas que os desafios são muito grandes” (Margarida)

“Olha, eu sempre espero que seja o mais natural possível de uma forma bem natural, bem positiva; eu tento quebrar o gelo no primeiro momento. Depende muito da situação que a gente encontra no domicílio. Como eu falei é um *setting* dinâmico demais e que a gente não interage só com o paciente. A gente interage com todo mundo ao mesmo tempo. Às vezes você tá fazendo a escuta do paciente e chega a mãe, chega o cuidador, chega o marido, o filho, o vizinho chega, aí você tem que saber manejar tudo isso. Mas num primeiro momento é quebrar esse gelo porque existe ainda uma resistência” (Margarida)

“Às vezes é com uma brincadeira, com um bom dia, “BOM DIAAAA”, e assim, a forma como eu vou fazendo isso parece ser repetitivo, mas depende muito do que que eu vou encontrar lá. Às vezes a gente chega e está um clima muito pesado, aí não tem como eu chegar e “BOM DIAAAA!”. Não tem como. Então depende muito, não tem como eu te precisar uma resposta, às vezes é uma brincadeira. É uma coisa que eu me proponho a fazer, eu gosto, mas eu procuro sempre ter cuidado. Eu sempre digo que no nosso serviço a linha é muito tênue entre confundir os papéis assim. Eu tô lá pra fazer um atendimento de psicologia, uma escuta, eu não estou lá para ser a amiga da pessoa. Isso é muito fácil de se confundir no nosso serviço, muito fácil mesmo. Eu não ser amiga da pessoa, pra que essa relação não venha a extrapolar o vínculo profissional, não quer dizer que eu tenha que ser dura, que eu seja seca na minha postura. Mas eu procuro sempre ter cuidado pra me fazer presente, me fazer disponível praquela pessoa” (Margarida)

Nos atendimentos domiciliares a extensão do cuidado aos familiares dos pacientes é citado por estes como algo positivo, como é possível observar nos seguintes discursos

“Quando o pai dela faleceu ela ficou mais retraída, mais revoltada. E conversando com a psicóloga, eu conversando com ela, ela melhorou bastante” (Tulipa)

“Não visa o bem estar só do paciente, mas também do acompanhante” (Tulipa)

“Às vezes, nós mães, a gente não tem um apoio nem de amigos, nem de família. E é sempre bom conversar. Eu acho que tem mães e pessoas que não tem ninguém e vê no psicólogo um apoio pra tá botando pra fora o que tá sentindo” (Tulipa)

Questionada a respeito do trabalho do psicólogo no serviço, uma profissional da equipe de um serviço da APS ressaltou que o objetivo deste é deixar o sujeito à vontade, de modo que o usuário se sinta seguro para expor o que sente, o que está vivendo, ou seja elaborar sobre o que chamamos acima de “contexto de vida”. A respeito disso, a profissional cita uma conversa que teve com a psicóloga a respeito de um dos casos atendidos pelo serviço e como foi orientada ter mais cautela nas intervenções.

Semana passada eu tava conversando com ela sobre um paciente. Ele tinha muita resistência em mudar o hábito alimentar dele, querendo ou não, eu como nutricionista acabo tendo uma conversa que também interfere no psicológico do paciente, como ela também pode ter uma conversa que envolve a parte nutricional. Então são conversas, são às vezes atitudes no atendimento que interferem no âmbito profissional ajudando ao outro. Então eu tive uma conversa com ela, e ela, sobre o modo como eu tava agindo, me disse que a gente tem sempre que deixar o paciente se abrir. A gente não pode chegar lá e dizer que ele tá precisando fazer isso, ou que tá acontecendo tal coisa na vida dele, na casa dele. E é dessa mesma forma que a gente trabalha. Tanto ela, como profissional psicóloga, como também eu vejo que ela realmente faz, entendeu? Ela vai, tenta uma vez, tenta duas vezes, se ela ver que o paciente não tá se sentindo a vontade, ela não vai forçar, mas também não vai desistir. Embora ela vá dois, três meses na casa do paciente, e ele não se abra pra ela, ela vai continuar até ele se sentir tranquilo e se abrir com ela pra que haja essa troca de diálogo, pra que assim ela possa colocar os critérios como psicóloga mesmo, em prática. (Jasmim)

É perceptível que nos processos de trabalho nesse novo *setting*, a escuta e o acolhimento são atividades muito característica dos profissionais da psicologia, no entanto, é apontado, inclusive pelos psicólogos como uma atividade que pode e deve ser também de responsabilidade dos demais profissionais das equipes.

Júnior e Ribeiro (2009, p.92) alertam que

que escutar a demanda é diferente de satisfazê-la prontamente, esse campo do saber nos faz romper com a ótica assistencialista que orienta a ação de alguns profissionais que atuam no campo do social e que priorizam o aspecto material (das necessidades) em detrimento das urgências subjetivas e sociais das comunidades³ – o que, em última instância, é uma forma ideológica de manutenção das desigualdades sociais.

Dias e Silva (2016, p. 543) afirmam ainda que “a escuta tem um papel fundamental na atuação do psicólogo. Compreendendo-a em seu sentido ampliado, nas instituições de saúde ela torna possível problematizar a percepção da equipe e dos próprios usuários a respeito dos problemas suscitados”

Pensar que essa escuta, que pode ser realizada em uma sala dentro dos serviços de saúde, mas que pode também ser operacionalizada nos mais diversos contextos, implica em afirmar que, mesmo nas situações em que o atendimento é individual há repercussão de mudanças no contexto social em que o sujeito vive. Desse modo, se requer um cuidado maior ao afirmar que o trabalho do profissional de psicologia, sendo ele operacionalizado por meio de uma escuta individual, não gera, em momento algum, repercussão e relação com o social do sujeito, bem como a ideia de que o psicólogo não tem uma função social e política nos serviços de APS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que há um consenso entre os profissionais da Psicologia a respeito de um descompasso entre o que se idealiza por meio da teoria e o que realmente ocorre no cotidiano do trabalho, bem como das dificuldades em lidar com isso que se apresenta, o que também é apontado por muitos autores, há décadas. Porém, o que faz com isso continue se repetindo como queixa entre os psicólogos?

Como surgiram em alguns discursos, muitas vezes os profissionais têm o conhecimento do que deve ser feito e, por vezes, tentam pôr em prática. Porém há empecilhos entre os próprios profissionais ou gestores, que estão acomodados às formas enrijecidas e fragmentadas de se pensar e operacionalizar cuidados em saúde, o que aponta para a dificuldade de trabalhar de modo interdisciplinar.

Ao tentar dar conta disso, os profissionais chegam a tecer críticas ao caráter generalista da graduação relacionando à falta de preparo para atuar em campo. No entanto, para além de uma discussão a respeito de qual seria o melhor tipo de formação, seja ela generalista ou especialista, cabe a nós a posição política de valorizar os conhecimentos dos sujeitos e do que eles constroem a partir do modo como lidam com o que lhes causa sofrimento. E isso só é possível a partir de uma escuta comprometida e consciente do papel ético e político que ela carrega.

Entretanto, vale salientar que uma escuta pode ser realizada por todos os atores no processo de cuidado, não cabendo apenas ao psicólogo. Ficou perceptível, a partir das entrevistas, que isso é algo que pode ser fortalecido com as equipes como forma de apagar um pouco as fronteiras entre os saberes para que se possa ter abertura a novas formas de intervenção que estejam mais articuladas com a realidade dos sujeitos a quem se direcionam os cuidados em saúde. É possível também citar isso como forma de implicar, não apenas os usuários dos serviços, mas também os demais atores, promovendo maior integração, diálogo e troca de ideias nesse processo de cuidado.

Vale salientar que há uma importância de os profissionais estarem constantemente revendo suas práticas o que, novamente, não deve ser de responsabilidade dos psicólogos, haja vista que as equipes se conformam de

modo multiprofissional e é interessante que se articulem de modo interdisciplinar. Porém, esses questionamentos, ao menos durante a pesquisa, surgiram por parte somente dos profissionais da psicologia. Diante desse cenário, é algo a se pensar a possibilidade de articulação entre os psicólogos, gestores e demais profissionais na proposição de espaços de diálogo sobre o que e como se operacionaliza o cuidado e o papel ético que o cuidado em saúde convoca.

Por fim, nesse sentido vale ressaltar a importância de revisitar nossas práticas e analisar a quem elas estão servindo. O teor político que se expressa em como essas práxis vêm se estruturando se pautam em interesses dominantes que tendem a promover uma passividade diante dos impasses nas relações interprofissionais, entre os profissionais e a instituição e entre os profissionais e a comunidade que, por sua vez, devem ser repensadas criticamente.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2006.

ARCHANJO, Auryana Maria; SCHRAIBER, Lilia Blima. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-363, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 25 jan 2017.

BAREMBLITT, Gregório. Sociedades e Instituições. In: **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora FGB/IFG. 2012. P.23-34.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt; GOMIDE, Paula Inez Cunha. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 6-15, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, Maria Teresa de Melo; SAMPAIO, Jáder dos Reis. A formação do psicólogo e as áreas emergentes. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 14-19, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Ano da formação em psicologia**: revisão das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia / Conselho Federal de Psicologia, Associação Brasileira de Ensino de Psicologia e Federação Nacional dos Psicólogos. – São Paulo: Conselho Federal de Psicologia/Associação Brasileira de Ensino de Psicologia/ Federação Nacional dos Psicólogos, 2018. 143 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde**. Brasília, 1ª edição. 2010. 76 p.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto / John W. Creswell ; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. -2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

DANTAS, Natália Freitas. **O trabalho do psicólogo na estratégia do Apoio Matricial**: Análise da experiência de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

DIAS, Francielle Xavier; SILVA, Luiz Carlos Avelino da. Percepções dos Profissionais sobre a Atuação dos Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v36, n. 3, p. 534-545, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000300534&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. **Formação em Psicologia**: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. Spe, p.232-245, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 Jan. 2017.

FARIA, Horácio Pereira de; WERNECK, Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André dos; TEIXEIRA, Paulo Fleury. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2ª Edição. Coopmed, 2009, 68p.

FERNANDES, Sarah Ruth Ferreira. **Psicologia e formação generalista**: do currículo mínimo às diretrizes curriculares. 2016. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

FERRO, Luís Felipe; SILVA, Emelin Cristina; ZIMMERMANN, Ana Beatriz; CASTANHARO, Regina Célia Titotto; OLIVEIRA, Fernanda Rodrigues Lite de. **Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: potencialidades e desafios. *O mundo da saúde*, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/interdisciplinariedade_inter setorialidade_estrategia_saude_familia.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/interdisciplinariedade_inter_setorialidade_estrategia_saude_familia.pdf)>. Acesso em: 06 out.2018.

FIORINI, Luciana Nogueira; COSTA, Fernanda Rebouças Maia. Desafios do cuidado em saúde mental na atenção básica. In **Psicologia Social e Saúde**: da dimensão cultural à político-institucional/Organizadores: Carla Guanaes-Lorenzi *et al*; Coordenadores da coleção: Ana Lídia Campos Brizola e Andrea Vieira Zanela. Florianópolis: ABRAPSO Editora: Edições do bosque CFH/UFSC, 2015. 450p. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/resources/download/1459007714_ARQUIVO_PsicologiasocialeSaude.pdf>. Acesso em: 27 out. 2018.

FOUCAULT, MICHEL. Soberania e Disciplina. In: FOUCAULT, MICHEL. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979. P.179 - 191.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R. & Matos, R.A. **Gestão Em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

JUNIOR, Nadir Lara e RIBEIRO, Cynara Teixeira. **INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS EM COMUNIDADES: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**. Psicologia & Sociedade; vol.21, nº1, p. 91-99, 2009.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saude soc.**, Dez 2016, vol.25, nº4, p.988-1002. ISSN 0104-1290

GUEDES, Carina; SATO, Fernanda Ghiringhelo. **Apagando incêndios e enxugando gelo**: as temporalidades nas instituições. Núcleo Entretempos. 2012. Disponível em: <<http://www.nucleoentretempos.com.br/images/apagando-incendios-e-enxugando-gelo-as-temporalidades-nas-instituicoes.pdf>>. Acesso em 01 nov.2018.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2018.

MARX, Karl. A mercadoria. In: MARX, Karl. O Capital: Crítica da economia política. Livro I: **O processo de produção do capital**. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro; KANTORSKI, Luciane Prado; HYPOLITO, Álvaro Moreira. **Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial**. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 282-289, abr. 2011. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2551/1689>>. Acesso em: 18 set. 2016.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio da tutela e da autonomia**: uma tensão permanente do ato cuidador. 1998. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0276.pdf>>. Acesso em 05 nov. 2018.

Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta /do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro HUCITEC/ABRASCO. 1999.

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPITULOI>. Acesso em 22 Out. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 out. 2018.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde** /Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. nº 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 478p.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v.17, n.1, p.151-162,2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 out. 2016.

RONZANI, Telmo Mota; RODRIGUES, Marisa Cosenza. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicol. cienc. profiss.** Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2018.

STAUDT, Dirce Teresinha. **A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde**. Boletim da Saúde. Porto Alegre, 2008, v.22, n. 1, p. 75-84.

TEIXEIRA, Rita Petrarca. **Repensando a psicologia clínica**. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 51-62, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1997000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Abril. 2017.

TRINDADE, Isabel. **Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários**. Aná. Psicológica, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 569-576, set. 1999. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311999000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 nov. 2018.

VASCONCELOS, Carlos Eduardo de. **Mediação de Conflitos e práticas restaurativas**/Carlos Eduardo de Vasconcelos. São Paulo: Método, 2008.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Transformações da clínica psicológica convencional e o uso/apropriação de dispositivos grupais e institucionais. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais: História, teoria e trabalho no campo**. São Paulo: Editora Hucitec. 2009. P.59-70

VIEIRA, Diego Silva. **“É enxugar gelo”: O cuidado de crianças e**

adolescentes em uma unidade de acolhimento do Distrito Federal.
Dissertação (Mestrado em Sociologia). Instituto de Ciências Sociais,
Universidade de Brasília. Brasília, 2013. Disponível em:
<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14482/1/2013_DiegoSilvaVieira.pdf> .
Acesso em: 01 nov. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PSICÓLOGOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PSICÓLOGOS

Você está sendo convidado(a) por Paulo Henrique Dias Quinderé e Denise da Silva Araújo, respectivamente professor e aluna do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral, a participar da pesquisa **PROCESSOS DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NAS EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender os processos de trabalho dos psicólogos nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sobral – CE. Caso aceite participar, você estará respondendo a uma entrevista semi-estruturada contendo 5 (cinco) questões sobre o trabalho que você, enquanto profissional de Psicologia, realiza no serviço de saúde em que está alocado(a). Estimamos que a entrevista dure, aproximadamente, 30 minutos. Esta só poderá ser gravada se houver consentimento de sua parte; caso haja, esta será gravada um aparelho celular. Vale salientar que nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo de modo que sua identidade será resguardada. Caso permita, o pesquisador poderá observar as atividades que você realiza neste serviço de saúde. Garantimos que evitaremos qualquer forma de prejuízo que possa advir da pesquisa e que quaisquer riscos ou transtornos de qualquer ordem advindos das entrevistas serão tomados como responsabilidade e solucionados pela equipe que realiza o trabalho. Vale frisar que não haverá nenhum tipo de retorno financeiro a você por participar da pesquisa, e o(a) Sr.(a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou coação. Como benefício direto, comprometemo-nos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados exclusivamente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou congressos e encontros científicos, mas sempre de modo a resguardar sua identificação, como dito anteriormente.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos de qualquer dúvida acerca da pesquisa, bem como a liberdade de retirar o consentimento em qualquer momento desta.

Dados do Pesquisador Responsável:**Nome:** Paulo Henrique Dias Quinderé**Instituição:** Universidade Federal do Ceará (Campus Sobral), Curso de Psicologia.**Endereço:** R. Iolanda P. C. Barreto, 138 - Derby Clube, Sobral - CE, 62042-270**Telefones para contato:** (88) 3613-1663/ (88) 996634423**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____,
____ anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma via assinada deste termo. Sobral, ____/____/____

Nome do participante: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____

Nome do pesquisador: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OUTROS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OUTROS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES

Você está sendo convidado(a) por Paulo Henrique Dias Quinderé e Denise da Silva Araújo, respectivamente professor e aluna do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral, a participar da pesquisa **PROCESSOS DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NAS EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender os processos de trabalho dos psicólogos nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sobral – CE. Caso aceite participar, você estará respondendo a uma entrevista semi-estruturada contendo 5 (cinco) questões sobre como você compreende o trabalho que o psicólogo realiza neste serviço de saúde em que está alocado(a). Estimamos que a entrevista dure, aproximadamente, 30 minutos. A entrevista só poderá ser gravada se houver consentimento de sua parte; caso haja, esta será gravada um aparelho celular. Vale salientar que nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo de modo que sua identidade será resguardada. Caso permita, o pesquisador poderá observar algumas atividades que você realiza neste serviço de saúde. Garantimos que evitaremos qualquer forma de prejuízo que possa advir da pesquisa e que quaisquer riscos ou transtornos de qualquer ordem serão tomados como responsabilidade e solucionados pela equipe que realiza o trabalho. Como benefício direto, comprometemo-nos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Vale frisar que não haverá nenhum tipo de retorno financeiro a você por participar da pesquisa, e o(a) Sr.(a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou coação. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados exclusivamente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou congressos e encontros científicos, mas sempre de modo a resguardar sua identificação, como dito anteriormente. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos de qualquer dúvida acerca da pesquisa, bem como a liberdade de retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Dados do Pesquisador Responsável:

Nome: Paulo Henrique Dias Quinderé

Instituição: Universidade Federal do Ceará (Campus Sobral), Curso de Psicologia.

Endereço: R. Iolanda P. C. Barreto, 138 - Derby Clube, Sobral - CE, 62042-270

Telefones para contato: (88) 3613-1663/ (88) 996634423

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____,
____ anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma via assinada deste termo. Sobral, ____/____/____

Nome do participante: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____

Nome do pesquisador: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

Você está sendo convidado(a) por Paulo Henrique Dias Quinderé e Denise da Silva Araújo, respectivamente professor e aluna do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará, *campus* de Sobral, a participar da pesquisa **PROCESSOS DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NAS EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender os processos de trabalho dos psicólogos nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sobral – CE. Caso aceite participar, você estará respondendo a uma entrevista semi-estruturada contendo duas questões sobre o trabalho do psicólogo deste serviço de saúde que você está sendo atendido. Estimamos que a entrevista dure, aproximadamente, 15 minutos. A entrevista só poderá ser gravada se houver consentimento de sua parte; caso haja, esta será gravada um aparelho celular. É importante ressaltar que você não será prejudicado em seu atendimento no serviço em decorrência da pesquisa. Vale salientar ainda que nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo de modo que sua identidade será resguardada. Garantimos que evitaremos qualquer forma de prejuízo que possa advir da pesquisa e que quaisquer riscos ou transtornos de qualquer ordem advindos das entrevistas serão tomados como responsabilidade e solucionados pela equipe que realiza o trabalho. Vale frisar que não haverá nenhum tipo de retorno financeiro a você por participar da pesquisa, e o(a) Sr.(a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou coação. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados exclusivamente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou congressos e encontros científicos, mas sempre de modo a resguardar sua identificação, como dito anteriormente. Como benefício direto, comprometemo-nos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos de qualquer dúvida acerca da pesquisa, bem como a liberdade de retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Dados do Pesquisador Responsável:

Nome: Paulo Henrique Dias Quinderé

Instituição: Universidade Federal do Ceará (Campus Sobral), Curso de Psicologia.

Endereço: R. Iolanda P. C. Barreto, 138 - Derby Clube, Sobral - CE, 62042-270

Telefones para contato: (88) 3613-1663/ (88) 996634423

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone:

3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).
O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____,
____ anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma via assinada deste termo. Sobral, ____/____/____

Nome do participante: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____

Nome do pesquisador: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____

Nome da testemunha: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____
(Se o participante não souber ler)

Nome do profissional: _____ Data: __/__/__ Assinatura _____
(Que aplicou o TCLE)

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
APLICADA AOS PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS ATUANTES NOS
SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA AOS
PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS ATUANTES NOS SERVIÇOS DE APS DO
MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.**

Nº da Entrevista: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: _____

1. Identificação do participante:
 - Idade: _____
 - Sexo: _____
 - Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)
 - Quanto tempo atua na instituição? _____
 - Quanto tempo tem de formado? _____
 - Você é graduado por qual instituição? _____
 - Tem alguma formação complementar? _____
 - Tem outra graduação? Qual? Atua? _____
 - Tem algum trabalho em paralelo a esse? Quantos? Qual a carga horária de cada? _____
 - Qual a sua carga horária neste serviço da Atenção Primária? _____
- 1) Fale sobre sua trajetória profissional (quais outros trabalhos já realizou, se já trabalhou em outro serviço de atenção primária e como foi essa sua experiência, como ocorreu sua inserção nesse serviço da APS, quando começou, se houve preparação ou não a respeito do trabalho que deveria ser feito, como foi esta preparação, quem ofereceu, se não houve como você soube o que teria que fazer? Houve discussão na graduação sobre atuação na APS?)
- 2) Fale o que você compreende sobre atenção primária à saúde (princípios da atenção primária à saúde, processo de trabalho na atenção primária à saúde, conformação das equipes na APS, como está organizada a APS no município de Sobral).
- 3) Fale sobre o trabalho do psicólogo nos serviços da APS. (Como se dá o trabalho em equipe, como se operar as ações no território, etc).
- 4) Fale sobre o trabalho que você realiza neste serviço de APS. (Cotidiano no serviço, quais dias vem, quais as dificuldades, quais as potencialidades, quais as limitações).
- 5) Se possível, você poderia indicar um usuário do serviço que é atendido por você e pela equipe para participar da pesquisa

**APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
APLICADO AOS OUTROS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES ATUANTES
NOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADO AOS
OUTROS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES ATUANTES NOS SERVIÇOS DE
APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.**

Nº da Entrevista: _____

Data da Entrevista: _____/_____/_____

Local da entrevista: _____

Identificação do participante:

- Idade: _____
- Sexo: _____
- Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)
- Quanto tempo atua na instituição? _____
- Quanto tempo tem de formado? _____
- Você é graduado por qual instituição? _____
- Tem alguma formação complementar? _____
- Tem outra graduação? Qual? Atua? _____
- Tem algum trabalho em paralelo a esse? Quantos? Qual carga horária de cada? _____
- Qual a sua carga horária neste serviço da Atenção Primária? _____

- 1) Fale um pouco sobre sua trajetória profissional (quais outros trabalhos já realizou, se já trabalhou em outra instituição de APS, se já trabalhou com outros profissionais de psicologia e como foi sua inserção nesse serviço)
- 2) Fale o que você compreende sobre atenção primária à saúde (princípios da atenção primária à saúde, processo de trabalho na atenção primária à saúde, conformação das equipes na APS, como está organizada a APS no município de Sobral).
- 3) Fale sobre como você compreende o trabalho do psicólogo nos serviços de APS.
- 4) Fale sobre o trabalho do psicólogo neste serviço.
- 5) Se possível, você poderia indicar um usuário do serviço que é atendido pela equipe e pelo psicólogo para participar da pesquisa

**APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
APLICADO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE
SOBRAL – CE.**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADO AOS
USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.**

Nº da Entrevista: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: _____

1. Identificação do participante:

- Idade:
 - Sexo: () Masculino () Feminino
 - Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)
 - Há quanto tempo é atendido pela instituição?
 - Com que frequência você vem até o serviço?
- 1) Como foi o atendimento?
 - 2) O que o psicólogo fez?
 - 3) O que você achou?

**APÊNDICE G – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES
DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL –
CE.**

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS
SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.**

Dia da visita (dd/mm/aaaa): _____/____/_____

Horário de entrada no serviço: Horário de Saída:

- 1 Profissionais que estão atuando junto ao psicólogo na APS;
- 2 Atividades desenvolvidas pelo psicólogo;
- 3 Trabalho do Psicólogo na APS;
- 4 Atuação junto às equipes;
- 5 Tipos de atividades realizadas pelo psicólogo;
- 6 Questões relativas a interdisciplinaridade e/ou transdisciplinaridade;
- 7 Quais atividades desenvolve voltadas a estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos.

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processos de Trabalho do Psicólogo nas Equipes da Rede de Atenção Primária à Saúde: as Possibilidades de Construção de Um Trabalho Interdisciplinar

Pesquisador: Paulo Henrique Dias Quinderé

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89252218.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.812.322

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo a ser realizado nos serviços de assistência básica à população do município de Sobral, Ceará. Para o levantamento de informações serão utilizados três instrumentos de coleta de dados: observação sistemática das atividades realizadas nos serviços, entrevistas semiestruturadas e diário de campo. Cada entrevista contará com um roteiro de questões que abarcam temas tais como: trajetória profissional, inserção no serviço de Atenção Primária em Saúde (APS) em questão, compreensão sobre a política da APS, o trabalho em equipe e o trabalho do psicólogo no serviço. A análise das respostas das entrevistas com os informantes-chave, bem como das observações, será feita nas seguintes etapas (MINAYO,1999): 1) Escuta e transcrição das entrevistas e das observações, releitura do material coletado e organização deste a partir de alguns eixos temáticos; 2) Classificação dos dados coletados unindo a uma revisão de literatura para elaboração de categorias temáticas a partir de uma coerência interna das informações; 3) Análise e interpretação dos dados a fim de responder aos objetivos do estudo que se assenta em uma perspectiva dialética, na qual é possível apreender as contradições e questões históricas do processo que estrutura a realidade das práticas de atuação em equipe dos serviços de APS. Os psicólogos, os demais profissionais que atuam nas equipes e os usuários dos serviços serão os informantes-chave da pesquisa abarcando um quantitativo de 31 participantes, dos quais, seis serão psicólogos, oito usuários do serviço e 17 profissionais que compõem as equipes. O critério de seleção utilizado para a escolha do quantitativo de profissionais a participar da

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.812.322

pesquisa é de um representante de cada categoria profissional que atue em conjunto com os psicólogos de cada serviço. No entanto, como em alguns serviços há um quantitativo maior de profissionais da mesma categoria, dobramos o número destes, de modo que ficou a seguinte divisão: 5 do NASF, 6 da Atenção Domiciliar, 3 no Projeto Trevo e 3 na Casa Acolhedora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a atuação dos psicólogos nas equipes da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua articulação com o trabalho interdisciplinar.

Objetivo Secundário: Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos psicólogos atuantes nos serviços da rede de APS; Identificar as práticas dos psicólogos na APS; Identificar como os psicólogos compreendem suas práticas; Entender como os outros profissionais que compõem as equipes compreendem as práticas do psicólogo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para o pesquisador, partindo-se do pressuposto de que toda investigação com/ou relacionada com o ser humano, mesmo que seja realizada em documentos, pode trazer riscos, como perda de sigilo das informações dos participantes e/ou identificação destes, garante-se que será evitado qualquer forma de prejuízo que possa advir da pesquisa e que quaisquer riscos ou transtornos de qualquer ordem advindos das entrevistas, serão tomados como responsabilidade e solucionados pela equipe que realiza o trabalho.

Benefícios: Para os autores é a devolutiva dos dados da pesquisa ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes. Além disso, espera-se que seja possível possibilitar uma reflexão crítica e contínua sobre os processos de trabalho em equipe, sobre o conceito de saúde, bem como do que se entende por “promoção de saúde e prevenção de agravos” como forma de potencializar as práticas dos profissionais atuantes nos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sobral, Ceará.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se a importância dos processos de trabalho do psicólogo nas equipes da Rede de Atenção Primária à Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.812.322

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1080427.pdf	04/08/2018 00:45:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPsicologos.pdf	04/08/2018 00:42:35	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdemaisprofissionais.pdf	04/08/2018 00:42:21	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUSUARIOS.pdf	04/08/2018 00:41:09	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodenisesilvapsiapsv3.pdf	04/08/2018 00:37:49	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
Outros	Cartadeapreciacao.pdf	02/05/2018 13:07:59	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/05/2018 12:53:41	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
Parecer Anterior	ParecerAPSobral.pdf	02/04/2018 10:57:58	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/03/2018 23:45:59	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodePesquisadores.pdf	06/03/2018 23:43:41	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoprojeto.pdf	06/03/2018 23:41:01	DENISE DA SILVA ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.812.322

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 10 de Agosto de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br