



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
CURSO DE PSICOLOGIA**

JAMILE BARBOSA PEREIRA

**COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS ACERCA DA PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE**

SOBRAL

2018

JAMILE BARBOSA PEREIRA

**COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS ACERCA DA PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

SOBRAL

2018

JAMILE BARBOSA PEREIRA

**COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS ACERCA DA PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado
ao curso de Psicologia da Universidade Federal
do Ceará, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Maria Suely Alves Costa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Residente em Saúde da Família. Jonas Mendes

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)

B198c Barbosa Pereira, Jamile.
COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-
CE / Jamile Barbosa Pereira. – 2018.
48 f.

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. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Psicologia. Promoção de saúde. Prevenção de doenças. I. Título.
CDD 150

A Deus.

A minha família, que com paciência me ajudou até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo consolo e sustento ao longo desses cinco anos.

À minha mãe Luisa e meu padrasto Carlos, por sempre me incentivarem a prosseguir, me apoiando em todas as decisões, acreditando em mim, mesmo quando nem eu mesmo acreditava.

Aos meus avó Dona Antônia e Seu Narciso, que nunca mediram esforços para me manter em Sobral, abdicando do pouco que tinham para garantir minha permanência na Universidade.

Aos meus irmãos, Kelson, Letícia, Wellen e Nicolás, para quem eu olho e nunca desisto, para quem eu desbravo o mundo da Universidade para dizer que também é possível para vocês.

Ao meu pai, que apesar do recente encontro, tem me incentivado a nunca desistir.

Às minhas colegas de cursos Kézia e Vállery, pelas muitas horas de conforto e pelos infinitos risos compartilhados, tenho certeza que Deus colocou vocês na mesma turma que eu, para não me deixar desistir.

Ao meu orientador, Professor Paulo Quinderé, que com paciência, dedicação e competência, me ajudou a chegar até aqui.

Ao Programa de Auxílio-Moradia, que me permitiu continuar estudando, mesmo sem ter condições financeiras para tal.

Ao Programa de Iniciação à Docência, que contribuiu grandemente para a minha formação.

RESUMO

A mudança no perfil epidemiológico da população mundial levantou a necessidade de se investir em outros modelos de intervenção no processo saúde-doença. O aumento das doenças crônicas e degenerativas, bem como das relacionadas aos hábitos de vida, apontavam a fragilidade do modelo biomédico, cuja atuação permanecia centrada no adoecimento, considerando saúde apenas a ausência de afecções, portanto, um modelo hospitalocêntrico cuja execução implicava altos custos. Em contrapartida a esse modelo surge a perspectiva de Atenção Primária à Saúde (APS) trazendo como proposta o investimento em tecnologias leves, que antecipassem o adoecimento, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos. Dadas essas características, o modelo de APS passou a incorporar outros saberes à prática no campo da saúde, dentre os quais a Psicologia. No Brasil o ideário de APS perpassa todo o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) entendida como APS no SUS. A partir da perspectiva da APS, buscamos através desse estudo compreender como a psicologia pode promover saúde e prevenir doenças na ESF, partindo da compreensão dos psicólogos a respeito do que caracteriza sua prática no serviço, qual a compreensão sobre promoção da saúde e quais práticas eles desenvolvem nesse sentido. Como metodologia de pesquisa, utilizamos a pesquisa qualitativa, uma vez que serão observados os sentidos do fazer psicológico, bem como as práticas e as compreensões dentro de uma perspectiva de promoção/prevenção. Como instrumentos para a produção de dados realizamos uma entrevista semiestruturada. A metodologia para o tratamento dos dados foi a Análise de Discurso. A partir do estudo pudemos observar que a Psicologia no NASF, ainda passa por um processo de construção rodeado de desafios, que envolvem a incompreensão por parte dos próprios psicólogos e da equipe de como ele deve contribuir com o serviço, o que os leva a recorrer a práticas clínicas. No entanto, existe grande potencial para a colaboração da Psicologia com o NASF, especialmente no que se refere à promoção da saúde.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Psicologia. Promoção de saúde. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

The change in the epidemiological profile of the world population has raised the need to invest in other models of intervention in the health-disease process. The increase in chronic and degenerative diseases, as well as those related to life habits, pointed to the fragility of the biomedical model, whose performance remained centered on illness, considering health only the absence of affections, therefore, a hospital-centered model whose execution entailed high costs. In contrast to this model emerges the perspective of Primary Health Care (PHC) bringing as a proposal the investment in light technologies that anticipate illness, aimed at health promotion, prevention of diseases and diseases. Given these characteristics, the APS model began to incorporate other knowledge to practice in the field of health, among which is Psychology. In Brazil, the idea of PHC permeates the entire Unified Health System (SUS) and the Family Health Strategy (FHS) is understood as PHC in the SUS. From the perspective of PHC, we seek through this study to understand how psychology can promote health and prevent diseases in the ESF, starting from the understanding of the psychologists about what characterizes their practice in the service, what the understanding about health promotion and what practices they in this regard. As a research methodology, we use qualitative research, since we will observe the meanings of psychological doing, as well as practices and understandings from a promotion / prevention perspective. As instruments for the production of data we conduct a semi-structured interview. The methodology for the treatment of the data was Discourse Analysis. From the study we could observe that the Psychology in the NASF, still goes through a process of construction surrounded by challenges, which involve the incomprehension on the part of the psychologists themselves and the team of how it should contribute with the service, which leads them to resort to clinical practice. However, there is great potential for the collaboration of Psychology with NASF, especially with regard to health promotion.

Keywords: Family Health Support Unit. Psychology. Health promotion. Prevention of diseases.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da saúde do Município de Sobral	27
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão na pesquisa.	28
Quadro 2 – Processo de Codificação dos Temas.	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
CFP: Conselho Federal de Psicologia
CSF: Centro de Saúde da Família
ESF: Estratégia de Saúde da Família
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAISF: Núcleo de Atenção Integral em Saúde da Família
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPS: Nova Promoção de Saúde
OMS: Organização Mundial de Saúde
PNAB: Plano Nacional de Atenção Básica
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF: Programa Saúde na Família
RAS: Rede de Atenção à Saúde
S.P.A: Serviço de Psicologia Aplicada
SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE QUADROS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
INTRODUÇÃO.....	13
1. BASES TEÓRICAS	17
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O MOVIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	17
1.2 O SUS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	19
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE X PREVENÇÃO DE DOENÇAS	22
1.4 O PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OS DESAFIOS DA PRÁTICA	24
2. METODOLOGIA	26
2.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
2.2 CAMPO DE ESTUDO.....	26
2.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	27
2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO	29
2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO	31
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
CATEGORIA 1: O PSICÓLOGO NA ESF: PISANDO EM OVOS, UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO	32
SUB-CATEGORIA 1: FORMAÇÃO CAPENGA.....	32
SUB-CATEGORIA 2: FAZER O QUE TEM DEMANDA E A DEMANDA VAI SER SEMPRE CLÍNICA ...	34
CATEGORIA 2: PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO UM AMPLO CONTEXTO DE AÇÕES	36
CATEGORIA 3: AS PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: QUERIA TA NA RUA	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITES, REFLEXÕES E SUGESTÕES.....	41
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES.....	47
APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.	47
ANEXOS	48
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.	48

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a relação da psicologia com a promoção da saúde e prevenção de doenças dentro da Estratégia de Saúde da Família. O interesse por tal temática surgiu a partir da experiência como bolsista de iniciação acadêmica no Serviço de Psicologia Aplicada (S.P.A) da Universidade Federal do Ceará (UFC) campus Sobral. Durante o período de um ano participei de uma pesquisa realizada na instituição, que entre vários eixos temáticos, discutia a relação do S.P.A com a rede pública de saúde do município de Sobral – Ce. Foi a partir dessa experiência, que pude entrar em contato com temas relativos à saúde pública, ainda antes de cursar essas disciplinas no curso. A partir de experiências nas disciplinas de Estágio Básico I e II, comecei a me interrogar sobre o papel psicólogo nos serviços públicos de saúde, uma vez que entre os locais visitados nenhum contemplava o trabalho desse profissional dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ao fim da disciplina de Saúde Pública I, entrevistamos gestores do município no que consiste a rede de atenção básica e foi a partir dessa experiência que surgiu o interesse de pesquisar sobre a atuação do psicólogo nesse setor, partindo de aspectos desafiadores à profissão como a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Falar de Psicologia e sua relação com a promoção da saúde e prevenção de doenças no Brasil passa por um percurso que vai desde os questionamentos ao modelo biomédico até a inserção do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O perfil epidemiológico da população sofreu mudanças ao passar dos anos, de modo que a causação das doenças não mais podia ser atribuída apenas à agentes patógenos externos, como vírus e bactérias. Outras doenças crônicas e degenerativas estão relacionadas à hábitos de vida, ao passo que, as mudanças nesse perfil apontavam a fragilidade do modelo biomédico. Esse modelo permanecia centrado na doença, considerando saúde apenas a ausência de enfermidades, portanto, um modelo hospitalocêntrico cuja execução implicava altos custos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014).

Mediantes tais aspectos, começou-se a discutir outras possibilidades de intervenção no processo saúde-doença. Em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como o estado de perfeito bem estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doenças (BUSS; FILHO, 2007). Desse modo, iniciativas em diversos países e conferências organizadas pela OMS começaram a pensar alternativas que se antecipassem ao

adoecimento, buscava-se prevenir as patologias e os agravos além de se investir na promoção da saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014). Esse modelo ficou conhecido como Atenção Primária a Saúde (APS) (BUSS; FILHO, 2007).

Essas discussões no cenário internacional repercutiram no Brasil. Com o enfraquecimento da ditadura militar, movimentos sociais ganharam força, dentro os quais, o movimento da reforma sanitária, que insatisfeito com a assistência a saúde no país reivindicava por um modelo universal, integral e aberto à participação e controle da população. Entre os pontos levantados pelo movimento da reforma sanitária, discutia-se a necessidade de se investir em modelos de saúde, que levassem em consideração as diversas demandas, tanto físicas quanto subjetivas. Graças à isso, temos nas pautas do movimento, perspectivas de atenção psicossocial, estas também estão presentes nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 2009).

As pautas do movimento foram levadas até a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram discutidas as questões referentes à: “Saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014, p.96). Essa conferência também marcou a aprovação da proposta da Reforma Sanitária, que deu origem ao SUS.

O SUS incorporou os ideais da APS, mas foi especificamente através da ESF que isso se mostrou de forma mais efetiva. A ESF teve sua origem a partir do até então Programa de Saúde da Família (PSF), que tinha como objetivo inicial ampliar o acesso ao SUS deslocando-se até as regiões com pouco acesso à saúde. Graças aos resultados alcançados e a efetivação tanto dos objetivos do SUS, quanto dos ideais da APS, o PSF tornou-se ESF. Desta forma, a ESF passou a configurar-se como a APS no serviço universal de saúde brasileiro, de modo que funciona tanto como reordenadora do serviço quanto como porta de entrada, tendo como focos de atuação, a promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência, tratamento e reabilitação, pautados numa perspectiva psicossocial (NEPOMUCENO, 2014).

Baseada numa compreensão ampliada de saúde, a ESF é formada por uma equipe multiprofissional, da qual fazem parte enquanto equipe mínima, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e uma equipe de saúde bucal formada por dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene bucal (NEPOMUCENO, 2014, p. 34).

Com o objetivo de ampliar a resolubilidade desse nível de atenção e também ampliar a oferta dos serviços prestados, para que se possa contribuir para uma maior

integralidade do serviço, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF funciona como um apoio matricial a equipe da ESF e que também atende as necessidades diretas do território. Existem três modalidades de NASF que mudam de acordo com a população abrangida e a composição da equipe (NEPOMUCENO, 2014).

A Psicologia tem sido uma das áreas a contribuir com a ESF a partir de sua inserção no NASF, no entanto, de acordo com Nepomuceno para documento do Conselho Federal de Psicologia sobre atuação no NASF (CFP, 2009), dentro da própria portaria que institui o NASF, a psicologia é colocada somente no marco da Saúde Mental. Questionamos, portanto, se não haveriam outras formas de contribuição da psicologia dentro do ideário de APS através da ESF?

Dentro os estudos que tem como tema a atuação do psicólogo na ESF, as questões discutidas giram em torno do despreparo dos profissionais, que acabam reproduzindo uma prática reducionista e individualizada. Esses estudos apontam como causas dessa atuação descontextualizada, a falta de preparo durante a formação, denunciando uma inadequação dos currículos, e o ingresso recente da psicologia nesse campo de atuação (ANDRADE; SIMON, 2009; BOING; CREPALDI, 2010; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011; RODRIGUES; RONZANI, 2006). Outros estudos, apontam para o papel do psicólogo dentro da ESF, trazendo como possibilidades de atuação, uma prática voltada para a promoção de saúde e prevenção de doenças, entretanto, as leituras ainda que apontem direções para uma atuação pautada numa perspectiva geral de saúde, não se aprofundam na temática (CFP, 2009).

Segundo Goya Martins (200, p. 39):

A Atenção Primária à Saúde, requer um engajamento diferente do psicólogo, diferente do lidar com distúrbios já instalados. É a porta de entrada de um sistema unificado e hierarquizado de saúde e volta-se para prevenir a necessidade de atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

A partir dessas questões partimos dos seguintes questionamentos: Como o psicólogo pode atuar promovendo saúde e prevenindo doenças dentro da ESF? Como ele compreende a APS? Como entende a promoção da saúde? Assim tivemos como objetivo principal compreender como o psicólogo pode atuar promovendo saúde e prevenindo doenças dentro da ESF. Como objetivos específicos, buscamos investigar como se dá a atuação do psicólogo dentro da Estratégia de Saúde da Família; Averiguar quais as concepções de promoção de saúde e prevenção de doenças desses profissionais; Identificar e caracterizar quais as práticas estão voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças; Identificar

quais as principais dificuldades de exercer uma prática pautada nos ideais de promoção e prevenção.

A pesquisa foi realizada no município de Sobral- Ce, contando com a colaboração de profissionais das equipes NASF e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). O estudo segue os passos da pesquisa qualitativa, com a análise de discurso como método para a interpretação dos dados. No primeiro momento, discutimos um pouco as bases teóricas que fundamentam o estudo. Para tanto, começamos falando sobre o movimento de Atenção Primária e sua relação com a promoção da saúde. Partindo para a realidade brasileira, seguimos discutindo sobre o SUS, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como APS no SUS. Depois discutimos o conceito de promoção, abordando a diferença de promoção, e a política de promoção da saúde. Finalizando as bases teóricas, discorremos um pouquinho sobre a inserção da Psicologia na ESF, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Depois desse primeiro momento, passamos para a discussão dos procedimentos metodológicos da pesquisa, abordando a metodologia utilizada, a caracterização do campo de estudo, e dos participantes e o processo de interpretação e análise dos dados. O estudo trás como resultados a psicologia na ESF, como uma prática ainda em construção, orientada por uma definição de promoção da saúde ainda muito ampla e pouco operacionalizada, o que acaba dificultando muitas vezes a prática nesse sentido. Todavia, os profissionais, mostram-se dispostos a superar as práticas já estabelecidas e investir em propostas mais coletivas, como a atuação centrada no território, e as atividades com grupos. Os impasses estão relacionados a uma falta de compreensão da política do serviço e do papel de cada profissional, o que demonstra a necessidade de continuar investindo na formação continuada dos profissionais, para que se possa aos poucos, modificar o perfil de atuação, de um modelo de queixa-conduta, para um promotor da saúde.

1. BASES TEÓRICAS

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O MOVIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O modelo biomédico de saúde trouxe importantes avanços para a compreensão e intervenção no processo saúde-doença. Teorias como: Teoria do Germe, Teoria Patogênica, empreenderam respostas acerca da causação das doenças, que até então não era possível (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014). No entanto, esse modelo mostrou-se insuficiente para responder às questões e demandas da população.

O pós-guerra foi outro importante contexto para a intervenção junto ao processo saúde-doença. Findada a Segunda Guerra Mundial havia uma compreensão de que as questões econômicas e sociais teriam contribuído para a existência do conflito. Com o intuito de prevenir novos confrontos, passou-se a incentivar os Estados e governos nacionais a promover o crescimento econômico e a intervir na dinâmica das sociedades. Assim surge a Organização das Nações Unidas (ONU), cuja finalidade é promover a colaboração entre as nações. Vinculadas a ela, foram criadas outras agências em diversas áreas como, educação, ciência e cultura (UNESCO); agricultura e alimentação (FAO); trabalho (OIT); comércio (OMC) e Saúde (OMS) (PIRES-ALVES et.al, 2010).

Aliado a isso, outras preocupações estavam envolvidas, como a expansão do movimento dos operários e dos partidos socialistas, que traziam em seus discursos o anseio por formas de organização social mais justas e igualitárias. Como a União Soviética (URSS) havia saído da Segunda Guerra como uma das nações vitoriosas e seu modelo político/econômico seguia tendências socialistas, as elites mundiais passaram a temer o avanço dessa proposta. Assim, deu-se início aos anos de Guerra Fria, onde Estados Unidos (EUA) e URSS disputavam o posto de potência mundial e de modelo político/econômico dominante (PIRES-ALVES et.al, 2010).

Com o objetivo de atender a necessidade de intervenção social, passou-se a investir em ciências e tecnologias sociais, que colaboravam para a implementação dos Estados de Bem-estar social. Assim, surgiram políticas sociais nas áreas de trabalho, educação, previdência e saúde. Paralelo a esse movimento, avançava o desenvolvimento da ciência e da tecnologia. As novas tecnologias e os novos investimentos em políticas sociais marcaram as percepções acerca das relações entre saúde e desenvolvimento nos anos seguintes (PIRES-ALVES et.al, 2010).

Desde o final do século XIX e início do século XX o campo médico-científico

empreendeu grandes avanços. A partir da teoria do germe, pode-se descobrir a causação de muitas doenças, assim, pairava no campo médico a compreensão de que para cada patologia existiria um agente causador. Desse modo, a saúde poderia se atingir a partir da destruição do agente patológico. Ganham força campanhas de vacinação, que tinham como objetivo imunizar os corpos contra essas patologias. O crescente avanço tecnológico produziu vacinas no combate aos agentes causadores, e medicamentos como os antibióticos, feitos a partir da descoberta da penicilina. O entusiasmo com os avanços da biomedicina, promoveram campanhas para erradicação de doenças como a malária e a varíola, conduzidas por organizações como a OMS. (PIRES-ALVES et.al, 2010).

Se por um lado as novas tecnologias favoreciam intervenções públicas de saúde, por outro, tornava a saúde especializada, fragmentada, pautada em aspectos curativistas e centrada no espaço do hospital. Essas limitações se tornaram visíveis com o passar do tempo, uma vez que empregava uma abordagem reduzida em relação à saúde. A partir disso, surgiram críticas relacionadas às concepções estritamente biológicas da compreensão da saúde e o próprio processo de adoecimento apontava para outras etiologias que vão além dos já conhecidos agentes patógenos externos (BRASIL, 2007). Dessa forma, a necessidade de intervenção sobre doenças ocasionadas por fatores crônicos e degenerativos, direcionava não só uma crítica ao modelo biomédico, mas também anunciava a necessidade de um novo modelo de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014). Desse modo, emergiram movimentos que objetivavam uma saúde mais afeita às questões sociais (PIRES-ALVES et.al, 2010).

A APS surge a partir desse contexto, sua origem se dá através de movimentos de promoção da saúde. A corrente canadense de promoção de saúde foi uma das pioneiras no processo de reformulação do modelo vigente. Ela surge como uma crítica ao processo de industrialização da saúde, onde não se investiam em medidas preventivas, implicando-se a partir disso, uma lógica de lucro e de produtividade dentro dos serviços direcionados à saúde (EVANS; STUDDART *apud* CARVALHO, 2002).

O relatório Lalonde foi um importante documento para a mudança da compreensão de saúde como sinônimo de cuidados médicos. Esse relatório apontava a necessidade de intervir sobre o estilo de vida da população, argumentando que o investimento em hábitos saudáveis mostrava-se como uma medida mais efetiva e menos onerosa para os sistemas de saúde. Esse documento influenciou outras práticas ao redor do mundo, como na Inglaterra. Entretanto, o relatório Lalonde trazia implícito em suas argumentações, uma culpabilização dos sujeitos, recaindo, portanto, em um individualismo, onde ficavam

excluídas outras questões que também poderiam trazer impactos nesse processo de adoecimento, como as condições socioeconômicas da população (CARVALHO, 2002).

Diante disso, o próprio modelo de promoção da saúde apontava para a necessidade de reformulações, o que fez surgir o movimento da Nova Promoção da Saúde (NPS). O movimento da NPS trazia como determinantes de saúde, não só os hábitos de vida, mas as iniquidades sociais. Desse modo, um modelo de saúde, devia pautar-se não apenas em processos curativos ou em meras mudanças descontextualizadas de hábitos de vida. Os requisitos para uma vida saudável estariam relacionados de acordo com Carvalho (2002, p. 66) à: “Justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação, salário digno, estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais”. Outros preceitos envolvidos eram: a participação comunitária e a educação para a saúde. (CARVALHO, 2002).

O marco inaugural desse movimento foi a Carta de Ottawa e o relatório da Conferência de Alma Ata, onde esses preceitos estavam listados. Na carta de Ottawa há uma sugestão para que os serviços de saúde reorientem suas práticas, voltando-as para a ampliação do enfoque curativo e clínico, o fortalecimento de ações voltadas tanto para promoção de saúde como prevenção de doenças (CARVALHO, 2002). Já a Conferência de Alma Ata trouxe como contribuição, a primeira definição de APS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014).

Dessa forma, a APS traz os preceitos da promoção da saúde arraigados em suas concepções:

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial[...] por meio do qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. A APS é também uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde (BRASIL, 2007, p. 25).

No Brasil, existe uma diferença de nomenclatura, a APS é aqui denominada como Atenção Básica, isso acontece graças ao fato de em alguns países a denominação Atenção Primária, se referir apenas aos cuidados primários à camada mais pobre da população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014). Como regulador da Atenção Básica no Brasil, temos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), esta política foi implementada a partir da portaria nº648 de 28 de Março de 2006 (BRASIL, 2007).

1.2 O SUS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O movimento da Reforma Sanitária sofreu influência das correntes de promoção da saúde e atenção psicossocial, seu objetivo principal era reverter a lógica da assistência à saúde no país, onde apenas os trabalhadores assalariados tinham direito a assistência à saúde, garantida a partir de contribuição (SCLAIR, 2007). Assim como no movimento de APS no mundo, o movimento da Reforma Sanitária também criticava a centralidade no modelo biomédico hospitalocêntrico e o pouco acesso por parte da população a esses serviços. De acordo com (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014) a APS trazia como prerrogativa: “A saúde como um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde deveriam estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda a população” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014, p.95).

Já o modelo de atenção psicossocial, também possuía suas prerrogativas. A primeira delas é a concepção ampliada de saúde, que tem como entendimento a relação de saúde como qualidade de vida, estando ela envolvida com aspectos como, relações sociais e relações com o espaço urbano. O segundo é proteção universal, que traz a prerrogativa de que, a assistência à saúde deve ser gerida para toda a população brasileira. Ao contrário dos programas neoliberais, esse modelo entende, que a proteção pública da saúde, seria mais efetiva se contemplasse a todos, e não apenas às camadas mais pobres, já que o contrário disso, tenderia a recair numa lógica mercadológica da saúde. A terceira prerrogativa é descentralização dos recursos e a territorialização, cujo objetivo é promover o cuidado em saúde pautado no território. O território é entendido para além do espaço geofísico e administrativo, e perpassa o espaço dos processos de vida, lugar de conflitos e lutas sociais. A descentralização, também tem como objetivo, aproximar a saúde desses territórios. A quarta prerrogativa é a participação e o controle social, onde o usuário dos serviços passa a ser entendido como parte importante na fiscalização das políticas do Estado, devendo ele também fazer parte das decisões políticas e administrativas, através da organização em conselhos. A quinta prerrogativa é a integralidade, de acordo com Vasconcelos 2009 (p. 57) :

Embora constitua um conceito complexo, podemos indicar os principais sentidos em que ele pode ser compreendido:

- como uma imagem e perspectiva utópica de futuro, mas que orienta e direciona nosso planejamento e prática no presente;
- como princípio de reconhecimento das necessidades específicas de diferentes grupos da população, a partir das várias clivagens: classe social, gênero, etnia, geração, cultura, condição existencial mais singular [...];
- como um modo mais flexível da organização e do processo de trabalho;
- como um princípio integrador de políticas e programas, na direção da intersetorialidade e interdisciplinaridade.

A sexta prerrogativa diz respeito à intersectorialidade, esta significa um esforço na superação da fragmentação que atinge os vários setores da saúde, sejam eles administrativos, de cuidado, institucionais ou financeiros. A sétima prerrogativa é a interdisciplinaridade, ela traz como princípio a superação da especialização na saúde, e as diversas áreas do conhecimento não se comunicam nem colaboram uma com a outra. Por fim, a sétima prerrogativa é a busca por formas de gestão que prezem por tecnologias leves, centrado nas relações das pessoas e no acolhimento do usuário. (VASCONCELOS, 2009).

O Movimento da Reforma Sanitária esteve presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986. Na ocasião estavam reunidos mais de 4 mil delegados de todos os lugares do país. Esse evento faz parte da história da Saúde Pública no Brasil, por discutir temas relacionados ao direito à saúde, a proposição de um sistema universal de saúde e de financiamento público. Foi a partir desse evento que as bases do SUS foram lançadas e concretizadas oficialmente a partir da Constituição de 1988. Essa constituição demarca importantes conquistas para a população brasileira, dentre as quais, a seguridade social, que implica na não necessidade de contribuição direta para se usufruir dos benefícios do sistema. Outros marcos legais, foram as leis 8.080 e 8.142 que instituem o SUS (CAMPOS, 2000).

De acordo com Campos (2000) o SUS é um fruto da Reforma Sanitária, originada a partir do movimento sanitário. O SUS é regido por princípios doutrinários que lhe conferem legitimidade, são eles: universalidade, integralidade e a equidade.

Com o intuito de ampliar a efetividade do SUS e torná-lo realmente universal e acessível a todas as populações, foi criado no ano de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF chegava até as populações onde havia pouco, ou quase nenhum acesso a serviços de saúde, ampliando o SUS grande parte do território nacional. Graças aos resultados obtidos pelo PSF, o programa foi efetivado e passou a configurar-se como estratégia, sendo agora Estratégia de Saúde da Família (NEPOMUCENO, 2014).

A ESF se estrutura dentro dos ideais da APS, configurando-se como atenção primária à saúde dentro de um sistema universal (SUS). Os campos de atuação da ESF são: promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência, tratamento e reabilitação. Os princípios que guiam as ações da estratégia podem ser classificados como: assistência integral às necessidades de saúde da comunidade, articulando-se com outros setores; uma atuação presente no território, apropriando-se de suas características e necessidades; um trabalho multiprofissional, onde cada profissional deva se responsabilizar e estabelecer

vínculos com os usuários do serviço e estímulo à participação da comunidade incentivando-a ao controle social (NEPOMUCENO, 2014, p. 34).

1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE X PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Temos falado muito de promoção da saúde, no entanto há uma recorrente confusão entre o termo promoção da saúde e prevenção de doenças. Isso se dá graças ao fato, de algumas ações acabarem servindo para as duas coisas (ALVES, 2012). Godoy (1999, p. 61-62 *apud* ALVES, 2012, p.66) define promoção de saúde como o conjunto de práticas dirigidas à proteção, aumento e manutenção da saúde, essas ações devem estar relacionadas aos sujeitos e a comunidade, sendo, portanto, ações coletivas. A promoção da Saúde também se relaciona à educação em saúde, ou seja, há um investimento em hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida da população. As ações de promoção de saúde são, portanto, anteriores às de prevenção de doenças, devem ser voltadas à proposição de assistência, antes das doenças acontecerem.

A prevenção de doenças se dá posteriormente ao processo de promoção da saúde. De acordo com Costa e López citados por Alves (2012), a prevenção de doenças tem por objetivo, diminuir a prevalência da doença, encurtar o período de duração ou diminuir as sequelas e complicações. Desse modo a prevenção de doenças pode ser dividida de três formas: Prevenção primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária.

A prevenção primária está muito próxima do conceito de promoção de saúde, suas ações devem estar dirigidas a coletivos prezando por atuações voltadas para a educação em saúde. Como característica principal, temos a atuação nos problemas epidemiológicos da população, realizando-se um trabalho antes de se encontrar um problema concreto, diminuindo assim a incidência de novas problemáticas (ALVES, 2012).

A prevenção secundária está relacionada ao cuidado e acompanhamento do paciente, ajudando-o na continuidade de seu tratamento, seu objetivo central é a prevenção de agravos. Já a prevenção terciária tem como foco de atuação a reabilitação, diminuindo ao máximo possível as sequelas da doença (ALVES, 2012).

1.3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nos últimos anos, o Brasil tem experimentado uma mudança progressiva no seu perfil epidemiológico, os índices de mortalidade relacionados a doenças infecciosas estão diminuindo, ao passo que tem crescido o número de mortes por doenças crônicas. Essa mudança, ocorre em função do processo de desenvolvimento experimentado no país nas

últimas décadas, o que o coloca como um país em processo de desenvolvimento. Assim como aconteceu em muitos países, a mudança do perfil epidemiológico, trouxe a necessidade de intervir sobre o modelo condutor da saúde. Ainda que pautado em princípios democráticos, sociais e reformistas, o SUS, ainda incorporava, ideias muito voltadas às intervenções, apenas biomédicas. Com a criação do PSF, essas características foram melhoradas, já que ele funciona como a APS no SUS, no entanto, fazia-se necessário elaborar uma política que proporcionasse uma agenda mais voltada à promoção da saúde, e assim foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014).

A PNPS baseia-se no conceito ampliado de saúde promulgado pela OMS e nos princípios da promoção da saúde. Para tanto busca promover ações que envolvam diferentes setores. Ela busca através dos seus princípios promover, a autonomia dos sujeitos e comunidade, o empoderamento para a tomada de decisões, uma atuação conjunta e articulada de forma intersetorial, a desfragmentação das ações e dos serviços; a sustentabilidade, integralidade e territorialidade das ações. Esses princípios incentivam o desenvolvimento de ações voltadas à intervenção sobre os determinantes sociais (BRASIL, 2014).

As ideias postuladas na política devem orientar as atividades da Rede de Atenção à Saúde. Para que as ações de fato aconteçam, a política prevê a necessidade de articulação junto a setores como, educação, justiça, segurança, assistência social, etc. Pois entende que o processo saúde-doença contempla muitos determinantes, e que, portanto, a ação restrita apenas ao eixo saúde, não conseguiria ser efetiva. Assim, a política incentiva, ações que possam ser articuladas, envolvendo atividades no território, melhoria da mobilidade urbana, promoção da cultura de paz, o desenvolvimento de espaços coletivos que incentivem a participação popular e a valorização das tradições. A PNPS, também incentiva a continuidade da formação para o profissional (BRASIL, 2014).

Para a operacionalização da política, dez eixos são fundamentais. I- A territorialização, como a base para todas as intervenções, uma vez que entende a complexidade e diversidade do território brasileiro, bem como do território cultural, que faz com que cada lugar possua características singulares. II- Articulação intra e intersetorial, que compreende a discussão conjunta de planos e metas. III- Implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), esse dispositivo, visa transversalizar as práticas, articulando-as as demais redes de proteção social; promover a participação e o controle social, vigilância, produção e disseminação de conhecimentos (BRASIL, 2014).

Desse modo, a PNPS, atrela o conceito de promoção da saúde, ao de transformação social. Essa importante característica, faz dessa política, algo amplo, com objetivos multicêntricos.

1.4 O PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OS DESAFIOS DA PRÁTICA

A Psicologia tem uma inserção relativamente recente dentro do cenário das políticas públicas. De acordo com Nepomuceno e Brandão (2011), o processo de aproximação da saúde pública com um conceito ampliado de saúde, fez surgir necessariamente uma demanda por trabalho integrado de uma equipe multidisciplinar. Desse modo, a psicologia passou a compor o novo quadro de profissionais. No que consiste à ESF a psicologia têm se inserido através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Os NASF têm como objetivo ampliar o número de ações desenvolvidas na ESF, de modo que esse nível de atenção se torne cada vez mais resolutivo (BRASIL, 2012). O NASF surgiu a principio enquanto Núcleo de Atenção Integral em Saúde da Família (NAISF) no ano de 2005, no entanto, a portaria que o instituiu foi revogada e somente no ano de 2008, as ideias do NAISF retornaram sobre a forma de NASF (NEPOMUCENO, 2014).

O NASF atua como uma equipe matricial que oferece apoio à equipe de saúde da família. O apoio matricial é uma proposta de reorganização do processo de trabalho em saúde. Proposto por Gastão Wagner de Sousa Campos. Essa perspectiva inverte a lógica do especialista, tornando ele o profissional que deve prestar o suporte e não o centro das intervenções que devem ficar por conta da equipe formada por generalistas.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, P. 399-400).

Portanto, o NASF não se configura como porta de entrada do serviço. Por se tratar de uma equipe de apoio matricial, o NASF é formado por profissionais de diversas modalidades: médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Se dividindo em três modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, que variam de acordo com a população de cada município e a composição dos profissionais (NEPOMUCENO, 2014, p. 35).

Assim como a ESF o NASF é guiado por princípios e diretrizes que ancoram a atuação dos profissionais. Desta forma o trabalho no NASF deve se basear, na integralidade da ações e numa visão integral dos usuários, levando-se em consideração os múltiplos processos que os afetam; assim como a ESF de um modo geral, o NASF deve ter uma atuação pautada no território; o trabalho deve ser interdisciplinar e não apenas multidisciplinar, a atuação no NASF pressupõe atendimentos conjuntos, discussões de casos e uma construção coletiva dos modos de intervenção; pressupõe-se também o incentivo a participação social; as práticas devem ser intersetoriais, onde as ações além de conjuntas devem ser complementares; educação permanente em saúde; humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Outra característica do NASF é a existência de marcos ou eixos organizadores, são eles: saúde mental; reabilitação e a saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; assistência farmacêutica; intersetorialidade, redes sociais e participação cidadã; atenção integral da criança e do adolescente; atenção integral à saúde da mulher; práticas integrativas e complementares (medicina tradicional chinesa, acupuntura, etc); práticas corporais e atividade física (BRASIL, 2009).

Cada um desses eixos parece apontar para determinadas profissões, ainda que se pressuponha que a atuação deva ser integrada e intersetorial. A psicologia, como anunciado anteriormente, se encontra no marco da saúde mental, e suas práticas acabam muitas vezes limitando-se apenas a ele. Quando outras formas de atuação se voltam para além da saúde mental, o profissional acaba muitas vezes negligenciado ou deslegitimando a prática, por não considera-la própria do fazer do psicólogo (RODRIGUES; RONZANI, 2006). De acordo com o documento de CFP sobre a prática do psicólogo no NASF (CFP, 2009) com os avanços da psicologia no campo da saúde pública, o profissional psicólogo pode atuar em quase todos, se não todos, os eixos do NASF, com praticas voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho tem como metodologia de pesquisa, a pesquisa qualitativa do tipo exploratória. Durante muito tempo, o único modelo de pesquisa tido como científico era aquele utilizado pelas ciências naturais. Esse modelo pressupunha um distanciamento do pesquisador para com seu objeto de estudo, a fim de assegurar uma maior neutralidade. Os dados nesse tipo de pesquisa são obtidos de maneira objetiva, através de experimentos e traduzidos por meio da quantificação dos resultados. No entanto, esse modelo não parecia ser o mais adequado para lidar com o objeto de estudo das ciências humana e sociais (MINAYO; SANCHES, 1993)

Ao contrário do modelo quantitativo, a pesquisa qualitativa entende o conhecimento como algo produzido e não como um fato a ser alcançado. Segundo Bronfman e Castro (1997, p. 14 *apud* DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 201): “A perspectiva qualitativa, calcada no ‘construtivismo social’, postula que a realidade que podemos conhecer é somente aquela que podemos construir”. A pesquisa qualitativa pressupõe o ambiente natural como fonte de dados e o pesquisador como o principal instrumento para a sua produção. Desse modo, parte de uma impossibilidade de distanciamento entre pesquisador e objeto. A pesquisa não é guiada por hipóteses a serem confirmadas ou negadas, parte-se de ideias ou pressupostos que serão modificados no decorrer do estudo. Assim, a preocupação da pesquisa está voltada para o processo e não apenas para os resultados finais. Outra característica da perspectiva qualitativa é que a pesquisa se dá de forma descritiva, onde os dados são gravados, anotados e não quantificados (GODOY, 1995, p. 62-63).

Esta pesquisa, se classifica quanto aos objetivos como uma pesquisa exploratória. De acordo com Gil (2008, p.27) “As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

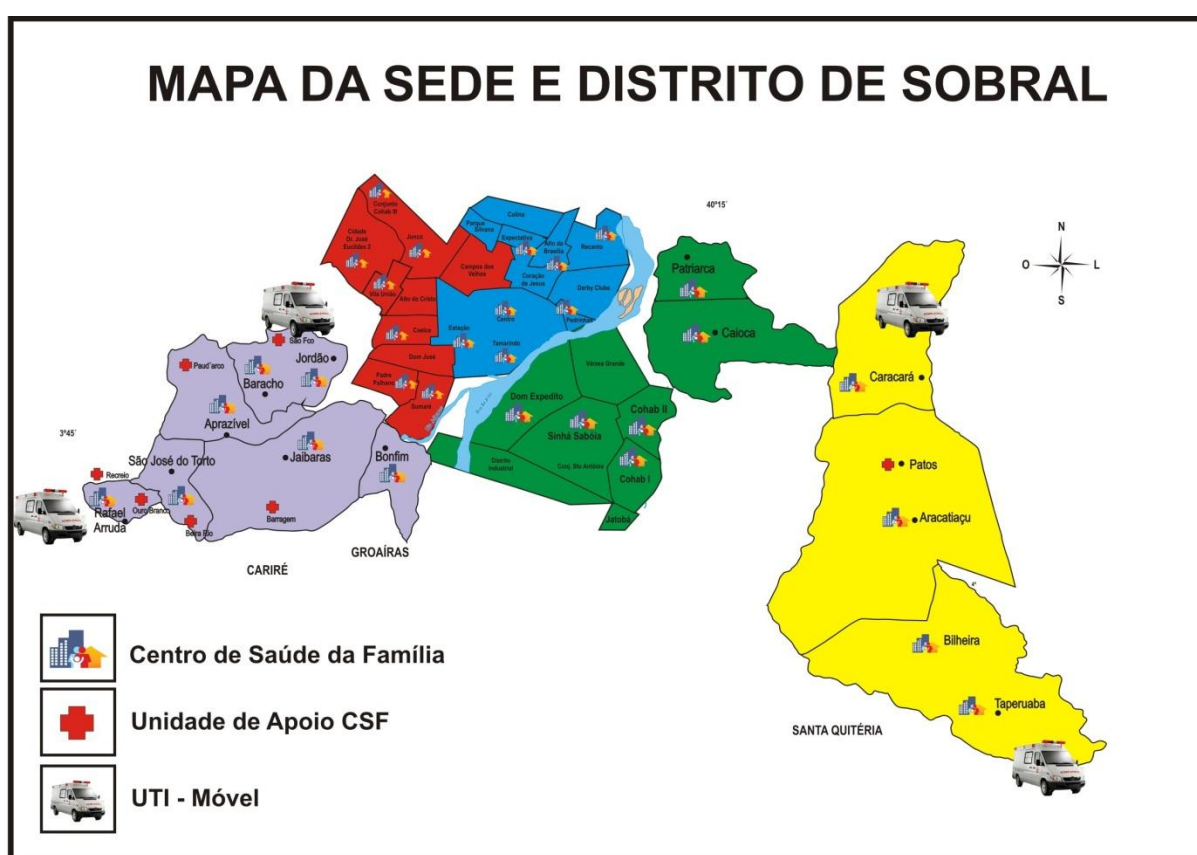
Dada à especificidade do objeto em questão; psicologia, promoção de saúde e prevenção de doenças, depreende-se que tal modelo de pesquisa fornece as bases necessárias para a construção do conhecimento desejado.

2.2 CAMPO DE ESTUDO

Esse estudo foi realizado no município de Sobral, localizado na zona norte do estado do Ceará. Segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE, 2010), Sobral conta com uma população de aproximadamente 188.000 habitantes. A sede do município é dividida em 23 bairros: Junco, Colina, Várzea Grande, Parque Silvana, Campo dos Velhos, Sinhá Sabóia, Betânia, Dom José, Sumaré, José Euclides F. Gomes, Derby, Pedrinhas, Dom Expedito, Cohab I e II, Alto do Cristo, Domingos Olímpio, Distrito Industrial, Padre Ibiapina, Centro, Coração de Jesus e Renato Parente. Possui 10 distritos são eles: Carcará, Patos, Aracatiçu, Taperuaba, Bonfim, Jordão, Jaibaras, Aprazível, São José do Torto e Rafael Arruda. Para fins de organização do Sistema de Saúde, o município subdivide-se em cinco macroáreas, distribuídas ao longo do território (SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL, 2013).

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO SANITÁRIA DO MUNICÍPIO SOBRAL-CE, 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde Sobral-CE.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com a disponibilidade para participação no estudo, obedecendo-se aos critérios de inclusão e exclusão. Poderiam ser incluídos profissionais psicólogos, que atuassem na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Profissionais psicólogos participantes das equipes NASF do município de Sobral. Sobral conta com 7 equipes NASF, das quais 3 possuem psicólogos. Já a RMSF, seleciona disponibiliza 3 vagas para profissionais da psicologia.

Quadro 1: Critérios de Inclusão e Exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Psicólogos que atuem nas Equipes NASF do Município de Sobral- Ceará.	Psicólogos que não atuem nessas equipes.
Psicólogos Residentes em Saúde da Família, que atuem no NASF.	Psicólogos residentes que não atuem no NASF.

Três profissionais, colaboraram com esse estudo, sendo dois profissionais do NASF e um residente. Eles serão mencionados ao longo do texto como Psicóloga 1, Psicóloga 2 e Psicólogo 3:

- Psicóloga 1: Tem 28 anos, é formada a cinco anos pela UFC. Trabalha acerca de um ano no NASF, em regime de 40 horas semanais. Atuou em outras equipes NASF de outros municípios antes de vir para Sobral.
- Psicóloga 2: Tem 29 anos, é formada a dois anos pela Faculdade Luciano Feijão. Desde então trabalha no NASF, em regime de 40 horas semanais. Possui especialização em Neuropsicologia.
- Psicólogo 3: Tem 25 anos, é formado a 1 ano pela Faculdade Luciano Feijão. Atua a 6 meses como residente na RMSF, sob o regime de 60 horas semanais e dedicação exclusiva.

2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

- Entrevista Individual Semiestruturada.

O uso de entrevista na pesquisa qualitativa auxilia na compreensão do objeto de estudo. Na entrevista é possível investigar melhor os objetivos da pesquisa. Existem inúmeros tipos de entrevistas, nós faremos uso da entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada se baseia em perguntas abertas, que funcionam como um lembrete para o investigador, esse instrumento dá margem para o entrevistado falar livremente, bem como para o pesquisador inserir outras questões que por ventura não tenham sido planejadas, mas que surgiram durante o processo (MINAYO, 2008).

Nossa entrevista conta com tópicos guia (ver apêndice A) que foram empregados com de orientar a entrevista. As entrevistas ocorreram em local previamente combinado entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, tendo tempo médio de duração de 30 minutos. Duas entrevistas foram gravadas, em aparelho celular com a devida autorização do participante, um dos profissionais não se sentiu a vontade para gravar, mas foram feitas anotações das falas ao longo da entrevista.

2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

Como técnica para a análise de dados, empregamos a análise de discurso. A análise de discurso postula, que todo conhecimento é construído, apoiando-se, portanto, numa perspectiva construcionista. Esse método de análise de dados, tem como características, de acordo com Gill (2014, p. 245): Uma postura crítica com respeito ao conhecimento dado; a compreensão de que o modo como entendemos o mundo é influenciado por nossa história de vida e pela cultura na qual estamos inseridos; estas podem ser diferentes a depender de onde estamos e em que época nos situamos. Partimos, portanto, do entendimento do discurso enquanto prática social (GILL, 2014).

A análise de discurso passa por algumas etapas no tratamento de dados. A primeira etapa consiste na transcrição detalhada dos dados, a atenção e o cuidado nessa etapa, são importantes para que não se perca os detalhes da fala. Deve-se conservar os silêncios, risos, repetições, lapsos, e quaisquer outras manifestações que apareçam durante a entrevista. Feita a transcrição, parte-se para a leitura dos dados (MINAYO, 2008). É importante nessa etapa ler e reler o texto várias vezes, observando as colocações e a forma como o sujeito se coloca no discurso, desprendendo-se, portanto, de ideias pré-concebidas sobre o texto (GILL, 2014). A terceira etapa consiste na codificação dos dados, ou seja, na organização dos dados em categorias empíricas desdobradas das categorias analíticas do estudo: Atenção Primária à

Saúde; Promoção de Saúde; Prevenção de Doenças e Psicologia e Atenção Primária e dos objetivos da pesquisa.

Para a análise buscamos fragmentar as falas em pequenos trechos, que compreendiam os núcleos de sentido. A partir desses fragmentos, tecemos a interpretações, relacionando o pensamento formulado com as teorias. Segue abaixo os quadros que exemplificam o procedimento.

Quadro 2: Processo de Codificação dos Temas.

Entrevista	Fragmento de Texto	Tema
"E ai eu acredito que promover saúde é um contexto né, assim todo um conjunto de ações, por menor que seja estamos promovendo saúde dentro do território né, a promoção seria através de grupos e campanhas na comunidade."	[...] promover saúde é um contexto [...] todo um conjunto de ações por menor que seja.	A promoção da saúde como um amplo contexto de ações.

Quadro 3: Análise das unidades de significação

Unidades de significação	Interpretação	Relação com a teoria
[...] promover saúde é um contexto [...] todo um conjunto de ações por menor que seja.	Promover saúde engloba muitas coisas, todavia, não há uma definição concreta, isso faz com que qualquer coisa relacionada à saúde seja caracterizada como promoção da saúde.	PNPS (BRASIL, 2014) Promoção da Saúde e formação de um conceito (RABELLO, 2010)

A partir da análise foram produzidas as seguintes categorias: "O psicólogo na esf: pisando em ovos, uma prática em construção"; com as subcategorias, "Formação Capenga" e "Fazer o que tem demanda e a demanda vai ser sempre clínica". " A promoção da saúde como

um amplo contexto de ações". E por ultimo "As práticas dos psicólogos na promoção da saúde: queria ta na rua. "

2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO

Esta pesquisa foi submetida ao Sistema Integrado da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado com o nº de parecer 2.648.102 (ver anexo 1). Para a realização do estudo, as entrevistas foram gravadas, entretanto nenhum dado pessoal ou de identificação do sujeito serão divulgados, obedecendo todos os princípios éticos e legais conforme a Resolução Nº 466/12. Todos os participantes tiveram acesso ao Termo de consentimento livre e esclarecido (ver apêndice C).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

CATEGORIA 1: O psicólogo na ESF: pisando em ovos, uma prática em construção

A recente inserção da Psicologia nas políticas públicas de saúde trás inúmeros desafios para a categoria. As políticas recentes, e em processo de estruturação ampliam esses desafios. Os ideais preconizados em serviços como o NASF, ESF, ainda caminham rumo à concretização dos objetivos para os quais eles foram formulados, assim, nesse percurso, as práticas nem sempre saem da maneira como foram planejadas. Partindo desse entendimento, a formação não consegue contemplar as competências necessárias para orientar a prática profissional, sendo o próprio dia a dia no serviço, quem os instrui ao modo de conduzir sua atuação.

SUB-CATEGORIA 1: Formação capenga

O NASF como um serviço vinculado a atenção básica, realiza ações voltadas para promoção, prevenção e reabilitação. Nas suas diversas configurações, os profissionais prestam apoio técnico e pedagógico, às equipes de SF, para tanto, seu trabalho ocorre através de parcerias com os profissionais das equipes. Assim, os profissionais do NASF realizam diversas atividades, estão entre elas, grupos, atendimentos individuais, visitas domiciliares, discussão de casos, etc (BRASIL, 2009).

A Psicologia ingressou de forma recente no campo da saúde no Brasil, Dimesntein (1998) aponta, que essa aproximação se deu a partir do processo de redemocratização do país e da discussão em torno da nova formulação do modelo de política de saúde nacional, aliada à crise econômica, que fazia cair a procura por atendimentos individuais clínicos. Nesse contexto, muitos Psicólogos, migraram para o setor da saúde, e a saúde também passou a abrir mais vagas para essa categoria, uma vez que a mudança na compreensão do processo saúde doença dava margem para que outros saberes pudessem compor os serviços de saúde.

No NASF, como anteriormente relatado, a psicologia, se aproxima da atenção básica. Por definição, a atenção básica, deve ser um nível que se apresente de forma mais generalista, de modo que atenda às demandas da comunidade, evitando que o usuário, tenha o seu caso agravado e seja levado a recorrer para os outros níveis de atenção. Como estratégia reordenadora, a atenção básica também é o local de referência para o usuário, ainda que ele circule por outros níveis de assistência. Assim, a psicologia deve colaborar para intervenções que tornem a ESF mais resolutiva (BRASIL, 2009).

O NASF dispõe de diretrizes, que apontam os fundamentos para a atuação. Nos discursos, a prática aparece como agente formador preponderante, em detrimento da formação acadêmica. Eles mostram a formação acadêmica, como algo capenga, que não consegue fornecer as bases para a atuação. Essa insuficiência da formação para a orientação da prática leva os profissionais a aprenderem com o dia-a-dia dos serviços, assim, através de conversas com profissionais mais velhos e com o estudo das diretrizes, vão aperfeiçoando seu modo de atuação.

[...] Você entra e só estuda a política do NASF, as diretrizes as cartilhas e vai se inteirando, vai aprendendo meio que já caminhando. Não tem nada nesse sentido não, o psicólogo no NASF não entra preparado não. Ele vai aprendendo com educação continuada, capacitação, E-SUS. O e-sus é uma política, que a gente coloca todas as nossas uma ferramenta, lá mesmo tem capacitação via digital como teletransferência, aí quem quer participa, alguns disponibilizam quando tem curso em Fortaleza e são escolhidos alguns membros do NASF, são escolhidos pra isso e depois vem e repassam para o resto[...] (Psicóloga 2)

[...]Tem que saber, é pisando em ovos [...] (Psicóloga 2)

Emerge no discurso o pisar em ovos como um tatear de ações. No entanto, esse cenário pode trazer alguns problemas, os discursos retratam um sentimento de insegurança, apontando que mesmo quando se estuda algo relacionado ao tema durante a graduação, a prática aparece de modo diferente, fazendo outras exigências que a formação não é capaz de orientar. Essas diferenças aparecem como uma falta de operacionalização, uma vez que ao longo da graduação discute-se sobre as políticas, muitas vezes tecem-se críticas aos modelos estabelecidos, mas pouco se propõe de intervenção. Desse modo, ao chegarem aos serviços, os profissionais são chamados a intervir sobre uma realidade que não está descrita nos livros, e ela carece de propostas práticas e efetivas.

Se a formação não prepara de modo eficaz a atuação junto ao serviço de saúde, deve ser ensinada pelo próprio serviço. Os discursos mostram a existência dessa formação continuada, através das cartilhas, dos cursos de formação e dos diversos círculos de debate e de conversa, no caso da residência. Todavia, se a formação está muito distante da prática, não conseguimos refletir sobre ela, e essa espécie de laboratório que cada profissional vive, acaba por não propagar estratégias que deram certo, e a perpetuar, ações que muitas vezes fogem aos objetivos de cada serviço. Assim, o discurso trás uma formação capenga, como uma formação que não contribui para a operacionalização da prática.

SUB-CATEGORIA 2: FAZER O QUE TEM DEMANDA E A DEMANDA VAI SER SEMPRE CLÍNICA

No senso comum, a clínica é a área de atuação mais conhecida dos psicólogos no Brasil, ela é retratada em filmes, séries, e diversas histórias. Ela é também um dos campos de atuação, tradicionais do psicólogo. Por conta disso, é comum associar a imagem do psicólogo à imagem do clínico, essa clínica aparece como uma clínica de consultório voltada para atendimentos individuais. No Brasil, de acordo com Bastos e Gomide, em estudo realizado no ano de 1989, cerca de 43% dos profissionais psicólogos atuavam em consultórios particulares. Como vimos anteriormente, esse cenário, foi sofrendo modificações ao longo dos anos, de modo que a categoria passou a ingressar nos serviços públicos, todavia, não é raro ver um acúmulo de funções. Assim, ainda que atuando em outros espaços, os atendimentos ainda aparecem como a referência de atuação do psicólogo para os outros profissionais.

Num contexto recente das políticas de saúde, e da também recente inserção da Psicologia na área, surgem diversos desafios, entre os já apontados, está a dificuldade da formação conseguir preparar os profissionais para a prática. As diretrizes do NASF, apontam caminhos para a formulação das atividades que serão trabalhadas no serviço, elas devem ser pactuadas com a gerência das unidades de saúde, focalizando no apoio pedagógico prestado aos profissionais e no apoio técnico junto aos usuários. As atividades do NASF são ajustadas em parceria com o gestor e os profissionais, assim eles estabelecem as tarefas a serem trabalhadas, partindo de critérios como construção compartilhada das diretrizes clínicas e sanitárias e o modo como o apoio deve ser acionado.

Os discursos apontam que essa pactuação não acontece da maneira como deveria, e os profissionais da UBS, por não compreenderem o papel psicólogo no NASF, acabam solicitando um tipo de atendimento que julgam ser próprio do psicólogo, e assim selecionando uma demanda muito específica para esses profissionais. Devido à dificuldade de operacionalizar a prática do psicólogo no NASF, os profissionais acabam, seguindo as demandas que aparecem, todavia, essa demanda na maioria das vezes é clínica.

[...]. 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. Você não vai ter espaço pra fazer outras coisas. Surge já de encaminhamentos médicos. Você já chega num local que já tem demanda porque tem muita gente que toma medicação, gente que realmente precisa de psicoterapia [...] (Psicóloga 1)

Ao se fixar nas demandas clínicas, o profissional, desvia-se dos objetivos iniciais do serviço, e acaba por se sobrecarregar com o excesso de atendimentos. Como trás a

profissional em sua fala, ao dizer que não vai ter espaço para outra coisa. Isso acontece em função desse desvirtuamento, uma vez que ao procurar oferecer apoio técnico e pedagógico junto à equipe e a comunidade, um dos principais indicadores da efetividade das ações seria a diminuição dos encaminhamentos. Quando eles diminuem pode-se supor que a equipe de referência está conseguindo atender as demandas, ou seja, está sendo bem assistida pedagogicamente, com discussões de casos, atendimentos compartilhados, que fazem com que ela possa resolver os casos sozinha. Pode-se apontar ainda que as ações no território estão conseguindo orientar as famílias, exercendo um trabalho preventivo.

Embora, o NASF, seja reconhecido como uma equipe que contempla outras especialidades que não fazem parte da equipe mínima de SF, seu objetivo não é atuar como um grupo de especialistas que vai toda semana atender no posto de saúde. Esses atendimentos podem ser feitos, todavia, as atividades do NASF não devem se restringir a isso. O impasse causado pela falta de compreensão das atribuições do psicólogo no NASF, repercute sobre a forma de alta demanda, uma vez que, um único profissional, como apontado pelo psicólogo¹, não consegue dar conta de todos os casos do território.

Assim surge o questionamento sobre qual o papel do psicólogo no NASF. É de reconhecimento da política, bem como da compreensão de saúde adotada, que a Psicologia pode trazer contribuições para a atenção básica e todos os outros níveis de saúde. No entanto, a imagem do profissional, ainda está vinculada a do especialista em saúde mental, e por conta disso, todas as demandas que lembrem esse aspecto, são encaminhadas para os psicólogos. Um exemplo é a alta carga de queixas dos pais relacionadas aos filhos, que fez com que se criasse um grupo de pais. A criação do grupo é uma boa iniciativa, uma vez que não individualiza os problemas. Todavia, os discursos mostram que o psicólogo acaba ficando muito restrito ao seu núcleo de saber, inibindo sua atuação junto a outros saberes, que ele também poderia trazer contribuições. Essa concepção emerge no discurso, quando os profissionais se reúnem, e cobram uma participação dos ACS:

[...] nós enquanto profissionais só da saúde mental, não temos tanto conhecimento desses usuários [...] (Psicólogo 3)

Ao se referirem como profissionais só da saúde mental, eles próprios, delimitam seu campo de atuação, afirmando implicitamente, onde vão atuar. Nesse sentido, reforçam o hábito dos encaminhamentos. No entanto, a prática do psicólogo, poderia trazer contribuições junto aos outros profissionais, em casos não só de saúde mental. As diretrizes do NASF lançam como propostas de atuação o trabalho com grupos, no entanto, reconhece que poucos

saberes, estão preparados para essa prática. Assim, esse seria um dos campos que a psicologia poderia contribuir mais efetivamente, como apareceu no discurso da profissional 2 que trabalha com um grupo de práticas corporais. Ao se fixar em um campo muito delimitado se perde a possibilidade de trocar experiências com outras áreas, e essa troca, não está fugindo aos objetivos da atuação, já que a intersectorialidade é uma diretriz do serviço, e um dos fundamentos de uma atuação num contexto da saúde coletiva.

CATEGORIA 2: PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO UM AMPLO CONTEXTO DE AÇÕES

O conceito, de promoção, está diretamente associado ao conceito ampliado de saúde, assim, tal como ele, contempla vários aspectos. Os discursos mostraram dificuldades em apresentar uma definição de promoção da saúde. Ela aparece como um contexto que engloba diversas ações, que vão desde o acolhimento no serviço até as mais diversas práticas realizadas pelos profissionais, ou ainda como uma atividade que precede outras e evita o adoecimento.

[...]E ai eu acredito que promover saúde é um contexto né, assim todo um conjunto de ações, por menor que seja estamos promovendo saúde dentro do território né [...] (Psicólogo 3)

[...]Assim, a promoção é algo que você vai ter que fazer algo antes, promover algo pra que não se desenvolvam outras coisas[...] (Psicóloga 2)

A atenção básica surgiu a partir do movimento de APS no mundo, incorporando pautas de promoção da saúde. O NASF como um serviço que faz parte da atenção básica, também trás como prerrogativa, um modelo de atuação que preza por intervenções que se antecipem ao adoecimento. Assim, a promoção da saúde faz parte das diretrizes que orientam a atuação no NASF e ela é definida como:

É uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade –, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. (BRASIL, 2009, p. 19)

A dificuldade em definir o que é promover saúde é compreensível, uma vez que, a própria Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ao estar diretamente relacionada ao conceito ampliado de saúde, faz com que, a promoção seja algo complexo e que envolva diversos setores. Todavia, essa complexidade, acaba dificultando a avaliação do desempenho da política. As políticas de promoção de países como Canadá, Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido e Chile, trazem uma perspectiva de promoção, mais parecida com o primeiro movimento de promoção da saúde, focando em aspectos comportamentais. Ao direcionar as ações, para esses aspectos, conseguem elencar indicadores de efetividade. O foco da política de promoção nesses países gira em torno da intervenção junto aos índices de mortalidade, consumo de álcool e outras drogas, nutrição e segurança. Já a política brasileira, amplia isso de forma significativa, incorporando a necessidade de mudança social junto a de promoção da saúde. Diante dessas características, a promoção aparece de forma complexa, e graças a isso, a visão apresentada nos discursos, aponta para esse sentido (BRASIL, 2014).

De acordo com Seedhouse (2000 *apud* RABELLO, 2010) existem 3 formas significativas de se promover saúde: promoção médica, promoção social da saúde e promoção da qualidade de vida. Na promoção médica, se trabalha contra a doença e seus danos. A promoção social da saúde tem como foco o contexto social e as desigualdades que colaboram para o adoecimento. Já a promoção da qualidade de vida enfoca nos fatores que melhoram a vida das pessoas. A PNPS aponta a promoção da saúde como uma estratégia para se cumprir os objetivos da reforma sanitária, assim, colabora para a democratização, universalização e equidade na prestação dos serviços de saúde. Aponta ainda, que a promoção da saúde se faz através da articulação entre diferentes setores, desse modo, muito mais que uma prática, se mostra como um processo (BRASIL, 2014). Dadas essas características, o modelo de promoção da saúde brasileiro se aproxima do que Seedhouse denomina como modelo de promoção social da saúde.

Por aparecer como um contexto muito amplo voltado para a intervenção nos determinantes sociais da saúde, os discursos não conseguem trazer definições precisas do que é promover saúde. Nesse sentido, qualquer ação pode ser descrita como promoção da saúde. Essa dificuldade reflete a própria política, que não elucida um rol de ações como práticas de promoção, todavia, o agravante nesse caso, é que a promoção da saúde é uma das diretrizes do NASF, e se eu não consigo defini-la, tampouco será possível executá-la. Desse modo, promover saúde, ainda aparece como um contexto subjetivo.

CATEGORIA 3: AS PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: QUERIA TA NA RUA

Dado a todo um contexto marcado pelos atendimentos individuais, na atuação do psicólogo na ESF, os discursos retratam a promoção da saúde através de atividades coletivas que se contrapõem às práticas individuais, entre as atividades citadas estão os grupos, as salas de espera e a psicoeducação.

[...] Eu procuro trabalhar explicando, fazendo psicoeducação Então acho que promover saúde, principalmente promover saúde mental, é isso [...] (Psicóloga 1)

[...] A questão de promover saúde, eu acho que vai desde o acolhimento, quando o usuário chega até a mim, pra marcar a consulta por exemplo. A gente trabalha muito com sala de espera aqui no Posto de Saúde, durante o acolhimento, a gente sempre faz alguma coisa. A promoção de saúde, a partir de uma simples orientação que eu dou para os pais que chegam, principalmente, com demandas infantis, que tem alguma dificuldade quanto ao cuidado com os filhos. Ai no começo da residência, eu recebia muita demanda infantil, pensou-se também na criação de um grupo de habilidades sociais infantil, que a maioria dos encaminhamentos estava relacionado a isso, ou seja, habilidade social não deixa de ser saúde mental também pra essas crianças, e promovendo também essa saúde nelas e prevenindo algumas situações futuras [...] (Psicólogo 3)

De acordo com Rabello (2009), a promoção da saúde não deve se focar em um contexto individual, uma vez que acabaria por promover uma culpabilização da vítima, responsabilizando os indivíduos pela ausência de saúde. Assim, a promoção da saúde deve ser capaz de empoderar as pessoas, e esse empoderamento se dá através da consciência crítica sobre os agentes patógenos, o conhecimento dos determinantes sociais da saúde, do intercâmbio entre diversos temas, como educação sexual, nível econômico entre outros fatores, que influenciam o processo saúde-doença. Esse empoderamento acontece através de atividades que visem não apenas o indivíduo de forma isolada, e a consciência crítica é proporcionada por meio de espaços abertos para discussão onde são trabalhados os determinantes sociais da saúde ou doença. Desse modo, as práticas de grupo, de psicoeducação, trazidas nos discursos, são importantes formas de trabalhar numa perspectiva de promoção da saúde.

Todavia, mesmo executando essas atividades, devido a incompreensão do papel do psicólogo na ESF, eles acabam se centrando em uma agenda pré estabelecida pelos coordenadores dos serviços, que colocam como atividade principal os atendimentos individuais. Os profissionais falam que gostariam de estar na rua, mais próximos à

comunidade, no entanto, chegam encaminhamentos médicos, de pessoas que precisam ser acompanhadas, e quando não dão conta, acabam recorrendo para o encaminhamento para outras instituições como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para as clínicas escolas dos cursos de Psicologia.

[...] queria tá na rua, fazendo roda de quarteirão, fazendo grupos [...] (Psicóloga 2)

A Rua, ou o território é o ponto inicial pelo qual deve ser pensado o trabalho em saúde da família. Por conta disso, os processos de trabalho devem ser pensados a partir do conhecimento do território. O primeiro passo para a implementação de um serviço como o NASF, é o mapeamento da localidade onde estão as unidades de saúde, é a partir dele que será definido o tipo de NASF, e quais profissionais que dele farão parte. Esse reconhecimento do território deve ser feito continuamente. Desse modo, essa diretriz aponta que a atuação não se faz longe do território, nesse sentido, os profissionais, não devem ficar restritos ao espaço físico da UBS. Ao atuar sobre os determinantes sociais, as ações de promoção da saúde devem estabelecer parcerias com dispositivos do território, que auxiliam no autocuidado da comunidade promovendo a autonomia como preconiza uma perspectiva de promoção (BRASIL, 2009).

Querer estar na rua, nesse sentido é querer desenvolver uma ação pautada na coletividade. A promoção prescinde uma organização do trabalho voltada à cidadania e a produção da autonomia dos sujeitos e coletivos. No entanto, isso acaba não acontecendo, pois a falta de compreensão do papel do psicólogo parece alimentar um ciclo vicioso, onde a demanda aumenta cada vez mais, por não se investir em promoção da saúde. Essa dificuldade faz com que os profissionais, se sintam desanimados, e os leva a pensar que estão enxugando gelo.

[...] às vezes me sinto enxugando gelo, pois não sinto fazendo promoção de saúde [...] (Psicóloga 2)

Outro ponto a ser discutido diz respeito aos níveis de promoção. A Psicóloga 2 traz em sua fala, que só consegue fazer reabilitação, ou seja, só tem conhecimento do caso depois que o sujeito já está adoecido e, portanto, exerce uma prevenção terciária, ou prevenção de agravos:

[...] 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 [...] (Psicóloga 2)

Isso acontece em função do tipo de demanda que chega até esses profissionais. O NASF é um serviço de atenção básica, com foco em intervenções, interdisciplinares e

intersetoriais, de modo que, a atuação deva se dá de forma coletiva, onde um profissional possa colaborar com o campo de atuação do outro, mas ambos colaborarem com o mesmo núcleo de atuação. Todavia, as atividades que chegam até o profissional de psicologia, dificultam esse tipo de ação. O profissional ocupa todos os seus horários com atendimentos individuais, escutas, orientações, e essa demanda, muitas vezes é cíclica, pois muitos necessitam de um acompanhamento continuado. Em consequência disso, o perfil de casos atendidos pelos psicólogos, é de pessoas, já adoecidas, restando pouco espaço para ações que se antecipem a isso, ou seja, ações de promoção primária e secundária. Por isso, que os profissionais se sentem desanimados e anseiam por mais atividades grupais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITES, REFLEXÕES E SUGESTÕES

Compreender a prática é refletir sobre os modos de fazer que nem sempre são percebidos na veloz rotina do cotidiano. Ouvir os profissionais, acerca dos seus modos de fazer é muito mais do que retirar exemplos e comparar sob a perspectiva de um expectador crítico. É observar nas entrelinhas do discurso, as compreensões, os medos e os anseios de quem trabalha naquele que é nosso campo de pesquisa. Ao longo desse processo muitas vezes me senti como esse expectador crítico, e percebi que essa ideia também chega para os profissionais e acaba inibindo a participação de muitos deles nas pesquisas.

O processo de pesquisa foi desafiador. Além das burocracias necessárias para a realização de um estudo de forma ética, experimentei a relação de amor e ódio com o tema. Esse apaixonar-se e desapaixonar-se fez-me ver que não existe uma política perfeita, uma prática perfeita ou uma compreensão completa das coisas. No entanto, em meio a essas inquietudes é possível parar e refletir sobre o que estamos fazendo, e é esse olhar sobre a prática que faz com que não se perca a direção construída em nossos objetivos.

As compreensões e práticas dos psicólogos na ESF são rodeadas de desafios e possibilidades. A psicologia ainda constrói sua prática no contexto da atenção básica. Esse processo de construção passa pela afirmação da categoria, para além de um único campo como observamos a respeito da clínica. Assim como nos artigos lidos na revisão de literatura, os atendimentos individuais ainda são o referencial de atuação dos psicólogos, nesses artigos havia a ideia de reproduzir o mesmo modelo de clínica na atenção básica. No presente estudo, essa busca por atendimentos individuais, tem partido dos profissionais que coordenam as unidades de saúde. Elas acabam encaminhando os atendimentos, e ocupando com atividades ambulatoriais todos os horários que poderiam ser separados para a discussão de casos, visitas domiciliares, rodas de quarteirão, entre outras atividades. No entanto, os profissionais da psicologia através dos seus discursos têm demonstrando que desejam modificar o seu modo de atuar nos serviços. Assim, surge o cenário da rua, como uma representação do território. A vontade de ir para a rua, era a vontade de trabalhar numa perspectiva centrada no território, promovendo ações coletivas.

Em meio a esse contexto que muitas vezes desanimava os profissionais, ainda foi possível observar práticas nada comuns, como o grupo de práticas corporais, conduzido por uma das psicólogas do NASF. Essa atuação foge completamente às expectativas, geralmente

criadas em relação à atuação da Psicologia, nesse caso a profissional não estava fazendo atendimentos individuais, nem estava restrita as salas da UBS. Esse pequeno, trecho no discurso, alerta para uma possibilidade muito potente, de intervenção da psicologia na ESF, a atuação com grupos. O grupo de práticas corporais, mostra que na atenção básica, os saberes dialogam e compartilham práticas, e isso não descaracteriza sua formação, uma vez que essa atuação intersetorial, aponta que pode haver a colaboração entre as diferentes áreas respeitando onde cada saber acaba.

A promoção da saúde ainda é um desafio, e as práticas dos profissionais retratam isso. Ainda é possível observar uma dificuldade em caracterizar a promoção da saúde, e por conta disso, estabelecer um rol de ações para torna-la mais objetiva. Essa dificuldade repercute diretamente na atuação dos psicólogos dentro de um ideal de promoção e prevenção. Eles relatam que não se sentem promovendo saúde, e que as práticas parecem mais de reabilitação. A promoção da saúde, baseada na perspectiva da PNPS, parece algo além do alcance dos profissionais, pois se relaciona a mudança social. Graças a isso os discursos, acabavam mostrando essa definição de forma vaga, dando margem para que qualquer ação relacionada à saúde fosse considerada uma ação de promoção. Nesse sentido, para contrapor o foco clínico, que acabava reproduzindo um modelo biomédico de atendimento ambulatorial, por criar um ciclo vicioso, as atividades coletivas apareciam como alternativas para uma intervenção promotora de saúde.

Outro aspecto a se refletir é o cumprimento ou não dos objetivos do NASF. Os discursos apontam uma falta de compreensão acerca de como o NASF deve atuar. As diretrizes são bastante explícitas, mas há uma dificuldade de se estabelecer especialmente o apoio pedagógico, e o apoio técnico que deveria ser utilizado como um suporte para a equipe, acaba funcionando como uma assistência de um especialista. Por conta disso, promover saúde, especialmente numa perspectiva social de promoção, se torna tão difícil. Nesse sentido, como sugestão para a melhoria desse problema, faz-se necessário, investir na capacitação dos gestores e profissionais, acerca da política, do papel de cada profissional, e das perspectivas de atuação. A formação continuada é o primeiro passo para a modificação desse quadro, que deve culminar com uma mudança na cultura de condução dos cuidados em saúde. Até hoje, o modelo de queixa-conduta é preponderante nos serviços de saúde, muitos profissionais foram formados nesse modelo, e portanto, faz-se necessário investir na continuidade da formação dessas pessoas. Além das capacitações do E-SUS, pode-se propor uma formação específica do município, e parcerias com as Universidades para formar grupos de estudos em práticas e

gestão desses serviços.

Diante de todos esses aspectos, a Psicologia tem desbravado um campo novo, e tem muito a contribuir com ele. Os impasses apontam que a própria política ainda está em processo de estruturação, e assim também há muito o que se construir. Podemos observar ao longo desse estudo, que a Psicologia está além da delimitação da saúde mental, e que numa perspectiva de intervenção coletiva intersetorial e multicêntrica, essas divisões não fazem mais sentido.

REFERÊNCIAS

ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande:EDUEPB, 2011. 345 p. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books<<http://books.scielo.org>>.

ANDRADE, Juliane Fernandes Simões de Matos; SÌMON, Cristiane Paulin. **Psicologia na Atenção Primária à Saúde: Reflexões e Implicações Práticas**. v. 19. São Paulo: Paideia, 2009.

BOING, Elisangela and CREPALDI, Maria Aparecida. **O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2010, vol.30, n.3, pp.634-649. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Brasília. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.446/GM de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014

BUSS, Paulo Marchiori and PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.77-93. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

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. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000100003>

CAMARGO-BORGES, Celiane e CARDOSO, Cármen Lúcia. **A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres**. *Psicol. Soc.* [online]. 2005, vol.17, n.2, pp.26-32. ISSN 0102-7182. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000200005>.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CARVALHO, Sergio. **Saúde Coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 184 p. Tese. Universidade Estadual de Campinas, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**, Brasília: CFP, 2009.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, June 1998. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILL, Rosalino. **A Análise de Discurso**. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George. *Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som*. Petrópoles: Editora Vozes, 2014. Cap. 10.

GODOY, Arlida Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. *Rev. adm. empres.* [online]. 1995, vol.35, n.2, pp.57-63. ISSN 0034-7590. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901995000200008>.

GOYA-MARTINS, Dinorah; ROCHA JÚNIOR, Armando. **Psicologia da saúde e o novo paradigma: paradigma novo?** Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_3_-_Numero_1/v3n1_art3.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente, total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, com indicação da área total e densidade demográfica, segundo as Unidades da Federação e os municípios – 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=23&dados=0>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista Narrativa. In: BAUER, W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis –RJ: Vozes 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro HUCITEC/ABRASCO. 11. Ed, 2008.

MINAYO, Maria Cecilia de S. and SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1993, vol.9, n.3, pp.237-248. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.

NEPOMUCENO, L.B; BRANDÃO, I.R. **Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 762-777, 2011.

NEPOMUCENO, Leo Barbosa. **A construção social da prática psicológica na atenção primária à saúde do SUS**. 215 p. Tese. Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atenção Primária, Promoção de Saúde e o Sistema Único de Saúde: Um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109 p.

PIRES-ALVES. Fernando A; PAIVA. Carlos Henrique Assunção; FALLEIROS. Ialê. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós guerra. In: Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/ESPIV, 2010, 310 p.

RABELLO. Lucíola Santos. Promoção da Saúde: a construção de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, 228 p.

RONZANI, Telmo Mota and RODRIGUES, Marisa Cosenza. **O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2006, vol.26, n.1 [cited 2016-10-25], pp.132-143. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000100012>.

SCLAIR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL. **Atenção Primária**. Disponível em: http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/sec/saude/. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais, v1: história, teoria e prática no campo**. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. 191 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.

Idade:_____

Sexo:_____

Formação:_____ Tempo de formado:_____ Pós graduação:_____

qual?_____

Função atual: () Psicólogo residente () Psicólogo do NASF () Gestor

Tempo de atuação profissional (na APS):_____

1. Fale sobre o trabalho da psicologia na estratégia de saúde da família (quais as ações, como ele compreende este trabalho).
2. O que você entende sobre promoção da saúde e prevenção de doença?
3. Fale como o psicólogo pode atuar promovendo saúde.
4. Na sua experiência, como o psicólogo pode atuar promovendo saúde?(quais as práticas, exemplos de ações que ele já tenha executado e as principais dificuldades).

Anexos

Parecer do comitê de ética.