



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA OS PSICÓLOGOS RESIDENTES

MULTI-PROFESSIONAL RESIDENCY IN FAMILY HEALTH:
CHALLENGES AND POSSIBILITIES TO THE RESIDENTS PSYCHOLOGISTS

Pablo Henrique Menezes da Silva¹
Thamires Aparecida da Silva²
Maria Luiza Marques Cardoso³

RESUMO: O presente artigo é resultado de uma pesquisa feita durante o estágio de Práticas Investigativas do curso de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, campus Betim. Buscou-se compreender o papel dos psicólogos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do município de Betim/MG inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para entender o contexto no qual os psicólogos residentes estavam inseridos, foi realizado um levantamento histórico-bibliográfico da saúde no Brasil até a criação do NASF. Foi realizada ainda, uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo, feita por meio de entrevistas semiestruturadas com os dois psicólogos participantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e com outros profissionais residentes (fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro e odontologista). Os dados produzidos pela pesquisa de campo foram analisados através da Análise de Conteúdo. A partir da análise, foram definidas três categorias que se mostraram relevantes, sendo elas: a dificuldade da interdisciplinaridade no trabalho em equipe na atenção primária à saúde; o trabalho intersetorial do NASF na comunidade; e as contribuições do psicólogo no NASF.

PALAVRAS-CHAVE: Residência Multiprofissional em Saúde da Família; NASF; Apoio Matricial; Interdisciplinaridade; Atenção Básica à Saúde; Psicologia.

ABSTRACT: This present article is the result of a research conducted during the internship from Investigative Practices from the Psychology degree at the Pontifícia Universidade Católica of Minas Gerais, Betim campus. It was sought to understand the role of the resident psychologists from Multi-professional Residency Program in Family Health (RMSF) in the city of Betim/MG entered in the Centers of Support for Family Health (NASF). To understand the context in which the resident psychologists were entered, there was a historical-bibliographical research of health in Brazil until the creation of NASF. It still was conducted a field research, from qualitative origin, it made through semi-structured interviews with the two psychologists participants of Multidisciplinary Residency in Family Health as well as other professional residents (physical therapist, social worker, nurse and dentist). The data produced by field research was analyzed using content analysis. From the analysis, three categories were defined that have proved themselves relevant, as following: the difficulty of interdisciplinary teamwork in primary health care; the intersectorial work of NASF in the community; and the contributions of the psychologist in NASF.

KEYWORDS: Multi-professional Residency Program in Family Health; NASF; Matricial Support; Interdisciplinarity; Primary Care to Health; Psychology.

¹ Aluno do 06º período de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Betim. menezes_pablo@hotmail.com

² Aluna do 06º período de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Betim. thamiresaps2018@gmail.com

³ Orientadora do trabalho. Professora da Faculdade de Psicologia da PUC Minas. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Clínica Social do curso de psicologia da PUC Minas Betim. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da PUC Minas e Secretária Municipal de Saúde em Betim. mcluiza@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta uma pesquisa realizada durante o ano de 2015 por alunos de graduação em psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) em Betim/MG, integrantes do estágio Práticas Investigativas em Psicologia, sob orientação de uma professora do curso. O objetivo da investigação foi conhecer a atuação da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), seus desafios e possibilidades. Deu-se enfoque ao profissional já graduado em psicologia, mas em formação para atuar diante das especificidades da atenção primária à saúde dentro dos serviços públicos brasileiros. Por isso, o público-alvo da pesquisa foram psicólogos residentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), realizado pela PUC Minas Betim em parceria com a Prefeitura deste município. Para entender os processos e dificuldades que perpassam o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial nas Unidades Primárias de Atenção à Saúde (UAPS), optou-se por incluir na investigação outros profissionais da saúde que atuavam em conjunto com os residentes em psicologia, também em formação pela RMSF.

Inicialmente, cumpre realizar uma breve apresentação sobre o percurso histórico da saúde no Brasil. Segundo Gama e Gouveia (2013), foi no período Republicano (1890-1930) que surgiu a concepção do cuidado individual curativo, em razão do surgimento da concepção de etiologia (causa) da doença. Nesse período, o Estado brasileiro deu ênfase a campanhas sanitárias e houve uma interiorização das ações de saúde para áreas rurais, em decorrência dos fluxos migratórios e mão de obra para as cidades. Houve também a criação do sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendia ferroviários, marítimos e estivadores. Estes recebiam benefícios financiados pela União, como, por exemplo, assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria por invalidez ou tempo de serviço, auxílio funeral, entre outros.

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930 – 1945), houve várias ações em saúde, dando ênfase a campanhas sanitárias. Em 1937, o Departamento Nacional de Saúde passou a coordenar os serviços de combate às endemias para áreas com fraco poder político e econômico. Criaram-se então algumas funções como o Serviço Nacional de Febre Amarela em 1937, o Serviço de Malária do Nordeste, em 1939, além da reorganização do Departamento de Saúde, que passou a incorporar vários programas de combate às endemias e a ser responsável pela formação de técnicos em saúde pública (GAMA; GOUVEIA, 2013).

Entre 1946 a 1964, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) para tentar atender à grande demanda pelos serviços de saúde. Porém,

grande parte da população era excluída dos serviços de saúde, já que a mesma estava estruturada num atendimento hospitalar de caráter privado para aqueles que podiam pagar pelos serviços. Esse atendimento estava ligado aos interesses econômicos da medicina privada (GAMA; GOUVEIA, 2013).

Durante o período militar, o governo cria o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), por meio da Lei 6.439, de 1º de Setembro de 1977, que repassa verba às organizações hospitalares privadas para que realizem a assistência médica à população assistida. Essa população se restringia aos trabalhadores que possuíam vínculo empregatício e que, por isso, contribuía com o INAMPS. O modelo de gestão também era focado na assistência hospitalar, comprada de serviços terceirizados, ocasionando o fortalecimento da medicina privada e dos convênios médicos, além do foco na prática médico curativa, individual, assistencialista e especializada (GAMA; GOUVEIA, 2013).

Entretanto, um novo parâmetro mundial surge a partir da Conferência de Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão em 1978. Na conferência definiu-se que os cuidados primários da saúde e que a proteção e a promoção da saúde eram direitos de todos os povos do mundo. Há, então, a conscientização da importância da promoção e prevenção à saúde.

Para seguir os preceitos da Alma-Ata, o governo brasileiro cria o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Com o fim do período militar e a retomada da democracia no país, o SUDS abre as portas para o SUS (Sistema Único de Saúde). O SUDS serviu de base para a seção “Da Saúde” (artigos 196 a 200) que passou a fazer parte da Constituição Federal Brasileira, de 05 de Outubro de 1988 (CF/88). No artigo 196, a CF/88 passou a imputar ao Estado brasileiro o dever de garantir a todos os cidadãos o direito à saúde, e não somente aos trabalhadores regulamentados e formais, como até então era regimentado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado por meio da Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990 e pela Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde, com o objetivo de garantir as diretrizes da integralidade da assistência, isto é, um conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas (individuais e coletivas), de qualidade, equidade e participação social que devem possibilitar ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir além do marco individualista e assistencialista, garantindo o direito à Universalidade, à Integralidade e à Descentralização (GAMA; GOUVEIA, 2013).

Dessa forma, o intuito central consiste no amplo acesso aos direitos referentes à saúde, assim como à promoção e à prevenção, ligados à qualidade de vida e ao atendimento efetivo nas diversas regiões do país.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (SF) foi criada pelo Estado para atender os preceitos do SUS, com o objetivo de ser uma abrangente rede de atenção primária à saúde, com desenvolvimento de ações de prevenção e promoção, atuando de forma territorial, para assim identificar os problemas de saúde da população e promover ações voltadas para uma atenção em saúde que considerem os condicionamentos biopsicossociais, como a cultura, os costumes e a etnia. A SF é desenvolvida a partir de equipes de referência, as Equipes Saúde da Família (ESF), que são equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os ACS (Agentes Comunitários de Saúde), que fazem o vínculo entre as equipes de saúde e a realidade do território em que cada uma atua (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Como um passo importante para a potencialização das Equipes Saúde da Família e para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional, o Ministério da Saúde cria, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os profissionais do NASF devem trabalhar de forma interdisciplinar com os profissionais das ESF; os conhecimentos e saberes dos diversos profissionais devem se complementar para a realização de uma atenção integral aos usuários do serviço de saúde.

Com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde, o Ministério da Saúde mediante a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo republicada em 04 de março do mesmo ano. (CAMPOS, 2013, p.08).

A intervenção do NASF deve priorizar o apoio matricial às equipes da ESF, o que envolve o apoio nas situações de assistência, mas também nas intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade (ANDRADE, et al, 2012).

A Portaria nº 154 do Ministério da Saúde traz várias atribuições para que os profissionais do NASF possam desenvolver ações juntamente com as Equipes de Saúde da Família, entre elas estão: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde

de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes.

A equipe do NASF pode ser composta por profissionais de diferentes áreas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Fica a critério dos gestores municipais a composição de cada NASF no município, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Ainda que a composição da equipe do NASF possa mudar, de acordo com as características de cada município e suas microrregiões, essa equipe deve, de modo articulado ao trabalho das equipes de referência, apoiar ações integradas de saúde e promover uma atenção comprometida com os usuários.

As propostas do SUS para um cuidado integral, territorial e participativo da saúde é um grande avanço no Brasil e tem sido exemplo para vários países do mundo. Sua implementação, contudo, tem vivido diversos desafios. Entre esses desafios, há os que têm se apresentado na concretização de um trabalho efetivamente interdisciplinar entre as equipes de NASF e as Equipes de Saúde da Família nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

As dificuldades do trabalho multiprofissional e interdisciplinar esbarram em aspectos da formação que, historicamente, tem sido dada aos profissionais de saúde. Em geral, os profissionais que trabalham nas Equipes de Saúde da Família e como seus apoiadores matriciais nas equipes de NASF não têm formação específica sobre essas estratégias e suas metodologias de trabalho. Por isso, apresentam dificuldades em realizar as atividades que lhes são preconizadas.

Como ressalta Cardoso et al (2015), as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) se constituem como uma alternativa proposta pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério da Educação (MEC), para o fortalecimento de práticas interdisciplinares em saúde e para a formação de profissionais que sejam capazes de construir uma leitura crítica das dinâmicas de trabalho encontradas no contexto da saúde pública.

As RMS visam a integração ensino-serviço-comunidade, com vistas a permitir a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado, preferencialmente em áreas prioritárias para o SUS. Além disso, pretendem trabalhar com metodologias que dialoguem com a clínica ampliada, orientada para uma atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012).

Segundo o Portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a Residência Multiprofissional em Saúde da Família pode contribuir com a

revisão do modelo assistencial, na medida em que forma um novo perfil de profissional para a saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade. Além de contribuir para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (SF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nascimento e Oliveira (2010) afirmam que as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família são uma construção positiva para a formação de profissionais com perfil para trabalhar com as ferramentas propostas pelo NASF. Tanto pelo ingresso no contexto da prática ao longo do processo de formação como no suporte da interdisciplinaridade como facilitadora da construção de um conhecimento ampliado de saúde, que precisa qualificar os trabalhadores para o desafio de trabalhar na coletividade visualizando as dimensões objetivas e subjetivas do sujeito.

Em Betim/MG, onde a pesquisa objeto deste trabalho foi realizada, a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) firmou parceria, em 2014, com a Secretaria Municipal de Saúde do município para a implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

O município de Betim está situado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), a 31 km da capital mineira. De acordo com o Censo Demográfico realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) em 2010, a população estimada para o ano de 2015, seria cerca de 417.307 habitantes (IBGE, 2010). A rede SUS-Betim, nesse contexto, possuía, em 2015, o seguinte arranjo de serviços: 89 Equipes de Saúde da Família em 34 UBS e 04 equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), tendo também atenção especializada e hospitalar, dentre outros serviços de apoio, de acordo com o vigente Plano Municipal (2014/2017).

Em 2015, quando a pesquisa foi realizada, além da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que foi implementada em março do ano anterior, Betim contava com outras residências profissionais já existentes no município em áreas médicas (Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Ginecologia e Psiquiatria), além da Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

A RMSF implementada em Betim constitui-se como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* destinada a profissionais da saúde de diferentes áreas, abrindo vagas para as seguintes especialidades: enfermeiros (8 vagas), assistentes sociais (2 vagas), odontologistas (2 vagas), psicólogos (2 vagas) e fisioterapeutas (2 vagas). O curso tem uma carga horária de 60 horas semanais, com duração mínima de dois anos e em regime de dedicação

exclusiva, sendo que 80% da carga horária é relacionada a atividades práticas de acordo com a especialidade do profissional e 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas que se subdividem da seguinte forma: atividades teóricas são por meio de estudos em grupos e individuais orientados por docentes da PUC Minas, por preceptores servidores do município ou por convidados externos; atividades teórico-práticas por meio de discussões sobre a aplicação do conteúdo teórico através de simulações, estudos de casos e ações práticas coletivas também sob orientação dos responsáveis.

A primeira turma da residência, cursada durante o biênio 2014-2016, atuou em duas unidades de saúde do município de Betim, integrando, nessas unidades, as equipes de referência e duas equipes de NASF. Os dois psicólogos residentes integraram, cada um, uma das equipes de NASF vinculadas à RMSF. Nesse contexto, a pesquisa aqui apresentada investigou a atuação desses profissionais da psicologia, procurando entender sua inserção na equipe multiprofissional do NASF e como ocorria seu apoio às equipes de referências das unidades de saúde que foram seu campo de prática durante a formação. Além disso, a pesquisa procurou mapear os desafios do trabalho multiprofissional, a ser realizado de forma interdisciplinar e intersetorial, de acordo com os preceitos do SUS.

2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa teve um enfoque qualitativo, conforme as contribuições de Minayo (2010). Para entender o contexto no qual os psicólogos residentes estavam inseridos, foi realizado um levantamento histórico-bibliográfico da saúde no Brasil até a criação do NASF. A partir daí, foi realizada uma pesquisa de campo, que envolveu os dois psicólogos residentes e ainda outros profissionais residentes que com eles atuavam nas duas UAPS vinculadas à RMSF.

Para a produção dos dados empíricos foi utilizada a entrevista semiestruturada. Escolheu-se esse formato de entrevista devido à abertura que esta permite ao entrevistado para discorrer sobre o tema abordado, o que possibilita maior riqueza dos dados produzidos.

No total, foram realizadas seis entrevistas: com os dois psicólogos residentes e com quatro outros profissionais de quatro áreas distintas (assistência social, odontologia, enfermagem e fisioterapia). As entrevistas foram realizadas na PUC Minas Betim, formalizadas através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e gravadas para posterior transcrição.

Foram elaboradas perguntas que buscaram investigar: a estrutura das equipes; como se dá a aproximação das diferentes áreas do saber; as posturas de cada especialidade profissi-

onal e como as elas convergem e em que divergem; os desafios percebidos pelos profissionais para o trabalho interdisciplinar nas ESF e no apoio matricial do NASF; a atuação do residente em psicologia e como se dá o trabalho conjunto deste com os profissionais de outras áreas; as possíveis contribuições/melhorias que poderiam ser implementadas no serviço. Foi construído um roteiro de entrevista composto por 10 questões, sendo 09 questões gerais (para todos os profissionais) e 01 diferenciada (apenas aos psicólogos).

A análise dos dados foi feita através da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011). A partir do material transcrito, procurou-se levantar as principais questões apontadas pelos participantes da pesquisa. Essas questões foram organizadas nas categorias de análise apresentadas a seguir. Vale destacar que essas categorias envolveram questões das práticas da psicologia e também aspectos ligados à interdisciplinariedade e à intersetorialidade que, exatamente por seu caráter transversal – *entre* disciplinas e setores do poder público, envolvem o conjunto de profissionais que atuam nas unidades de saúde.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 As contribuições do psicólogo residente no NASF

Entre as funções que o psicólogo pode exercer quando atuante na atenção primária à saúde, está a realização de atendimentos individuais e grupais, quando possível e necessário, de acordo com os perfis dos casos, e a realização de grupos de prevenção e promoção da saúde direcionados para gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, entre outros. Além disso, como o psicólogo é o suporte para a condução dos casos relacionados à saúde mental dos usuários, aqui entendida em seu sentido amplo (e não apenas ligada aos casos de neurose grave ou psicose), o mesmo deve oferecer assessoria, acompanhamento, visitas domiciliares, reuniões e supervisão das ESF no que se refere a questões psicológicas dos usuários e familiares.

Nas entrevistas, os dois psicólogos residentes salientam a importância da psicologia. O primeiro afirma que “quando [o psicólogo] discute um caso, ele também capacita os outros profissionais a se tornarem também potencializadores de um cuidado ampliado”. Já o segundo ressalta que “o psicólogo tem muito esse lugar de mediador de conflitos, a gente tem muito essa questão de humanização”.

Os demais profissionais entrevistados também reconhecem a importância do psicólogo no NASF e destacam como o trabalho multiprofissional com a presença da psicologia durante a residência contribui para a ampliar a formação dos outros profissionais:

Na minha opinião, é fundamental principalmente pela formação. Eu digo por mim, acho talvez por experiências individuais, mas acho que a nossa formação da saúde é muito fechada. E aí vem um psicólogo e toda essa abordagem do ser humano enquanto ser biopsicossocial. Ele abre mais a nossa cabeça, claro, dependendo do psicólogo, realmente com um psicólogo que quer fazer esse papel, ele consegue passar para a equipe esse olhar. (FISIOTERAPEUTA RESIDENTE)

Os profissionais relatam ainda que os psicólogos possuem um olhar mais amplo e político sobre o sujeito, capaz de articular os aspectos da saúde física, com a subjetividade e o contexto social em que os usuários estão inseridos. Como diz a fisioterapeuta: “eu percebo nos psicólogos uma visão muito mais crítica das coisas, todo interesse maior, político, social que a gente da saúde não costuma ter”.

Por outro lado, a assistente social entrevistada considera que algumas pessoas, tanto usuários, quanto alguns dos próprios profissionais da UAPS, não sabem o real papel da psicologia, o que dificulta a atuação do profissional psicólogo no NASF.

Ainda assim, é possível considerar o reconhecimento, pelos entrevistados, da importância dos profissionais da psicologia neste contexto de grandes demandas e atuações diferenciadas. Diante da proposta do NASF, o psicólogo pode contribuir para as práticas dos outros profissionais de forma a potencializá-las, para que se tenha um melhor aproveitamento dos atendimentos e intervenções. De fato, no NASF, a psicologia não se limita apenas a uma atuação específica de sua área, mas também auxilia as demais áreas no planejamento/execução de possíveis ações conjuntas.

3.2 Os desafios para a prática interdisciplinar

Embora haja o reconhecimento da importância da psicologia para o trabalho multiprofissional no NASF com as ESF, como colocado acima, por outro lado, foi possível escutar nas entrevistas algumas dificuldades na execução das práticas interdisciplinares que, conforme as orientações das políticas do SUS, deveriam ser a tônica da articulação entre ESF e NASF. Essas práticas, vale frisar, não competem apenas ao psicólogo, mas o envolvem como aos outros profissionais que pretendem atuar nas lógicas da atenção básica à saúde propostas pelo SUS. Por isso, merecem ser analisadas dentro das reflexões aqui propostas para a psicologia e sua atuação em equipes multiprofissionais ligadas à Saúde da Família.

Campos (2007) define interdisciplinaridade como a integração entre disciplinas e a intensidade de trocas entre especialistas, promovendo um processo interativo em que todas as disciplinas têm um enriquecimento. Esse enriquecimento, nos parâmetros do SUS, permitiria

enxergar o sujeito como um todo, de forma a promover saúde, lembrando sempre que esta não envolve, de acordo com a Conferência de Alma-Ata, somente a ausência de doença, mas embasa-se, especialmente, na ideia de qualidade de vida (QV).

Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram os processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 580.)

Já a Política Nacional de Promoção da Saúde consolida que promoção à saúde é:

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.12)

Nesse contexto em que a interdisciplinaridade se mostra fundamental para as práticas primárias do cuidado em saúde, tanto no campo da assistência, quanto nas estratégias de prevenção e promoção, é preciso questionar quais são as dificuldades para sua implementação na prática, como afirmado pelos entrevistados.

Um primeiro aspecto mapeado pela pesquisa envolve a própria formação dos profissionais da saúde durante seu curso de graduação.

Eu acho que as formações em saúde, infelizmente, não preparam a gente quando estamos graduando para trabalhar, para atuar na saúde pública, ou pelo menos quando formei. E eu vejo esse perfil não só na psicologia, mas nas outras categorias da saúde, a gente é muito mais preparado para essa clínica liberal autônoma de consultório do que entender o SUS. (PSICOLOGO RESIDENTE)

Esse aspecto se soma a outro, levantado por outro profissional residente, que diz: “O que vejo na nossa rotina é que, na verdade, não é um trabalho multiprofissional que realmente acontece, a gente tem várias profissões, mas, são trabalhos ainda muito fragmentados” (FISIOTERAPEUTA RESIDENTE). Observa-se que na própria prática das unidades de saúde em que os residentes atuam, há uma reprodução, sem a auto-análise de muitos profissionais, de uma atuação compartimentada em saúde.

Com isso, é possível identificar que há um problema na formação calcada em especialismos nos cursos de graduação e que, na própria prática dos serviços, esse modelo é ainda reproduzido sem uma análise crítica a respeito.

Outro dificultador para uma atuação interdisciplinar envolvendo o NASF diz respeito à própria compreensão de seu papel pelos profissionais das ESF e por outros profissionais presentes nas UAPS.

O acesso ao NASF, a forma de abordar, a forma de dialogar entre a Equipe Saúde da Família e o NASF está fraca, frágil. Esse formato de reunião de onde eu trabalho é muito complicado, o desafio é fazer que o NASF seja parte mesmo da Saúde da Família, os profissionais também entendam o papel do NASF. (ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE).

Por outro lado, durante as entrevistas, foi possível identificar tentativas de se fazer acontecer o trabalho de forma interdisciplinar, em uma perspectiva biopsicossocial: “Eu vejo que o trabalho interprofissional está sendo construído, sabe... Por exemplo, o enfermeiro está começando a sacar qual é a do psicólogo, do fisioterapeuta, do nutricionista, mas eu acho que é muito mais um trabalho em construção” (PSICOLOGA RESIDENTE).

3.3 Os desafios para as práticas intersetoriais do NASF

Segundo as diretrizes do NASF, publicadas pelo Caderno de Atenção Básica em 2009:

A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 18)

Akerman e outros (2014), por sua vez, afirmam que a intersetorialidade é “um modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre os determinantes sociais” (p. 4294).

Para os entrevistados, um dos aspectos limitantes da atuação do NASF está nas dificuldades de compreensão e participação de outros setores do poder público, ou mesmo de entidades do Terceiro Setor, para a construção de estratégias de promoção da saúde, de prevenção ou mesmo de assistência em parceria com o NASF. Como ressalta uma entrevistada, muitas vezes, as ações do NASF exigem espaços físicos que não estão disponíveis nas UAPS:

“Eles [os profissionais do NASF] não têm espaço para poder fazer grupos com a população. E nem tem espaço atualmente na comunidade. A gente tenta conseguir algumas articulações, mas, não conseguimos. [...] Se a unidade de saúde não tem espaço, como você faz o grupo?” (PSICOLOGA RESIDENTE).

É possível notar, neste contexto, o quanto se tornam necessárias parcerias com a comunidade, para que haja disponibilização de espaços e recursos, em que ações do NASF, como grupos dentro da própria comunidade possam ser realizados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas reflexões feitas pelos participantes, foi possível verificar que o trabalho do NASF em conjunto com as ESF ainda encontra desafios para a implementação do que está proposto na teoria. Por isso, reconhecer que o NASF ainda está em progresso e em processo de aperfeiçoamento é importante. Como afirma uma entrevistada:

O NASF tem um longo caminho para percorrer, para realmente se solidificar como algo importante, que as pessoas passem a ver aquilo e saibam identificar que aquilo é o NASF. Não sei se muito por uma questão dos profissionais, o NASF não é tão bem aceito quanto eu como fisioterapeuta, sabendo que minha via de entrada no SUS vai ser essa, a relação é que a equipe está bem distante. (FISIOTERAPEUTA RESIDENTE).

O NASF é uma proposta nova e ainda está em desenvolvimento, tentando se consolidar através do apoio matricial, que facilita a construção e discussão dos casos que surgem para as equipes de referência, auxiliando até mesmo a comunicação entre os profissionais das equipes, o que envolve a própria equipe do NASF e os residentes que dela participam durante sua formação e envolve os profissionais das ESF e os residentes que também dessas participam durante sua formação.

Nesse contexto, a atuação do profissional da psicologia é considerada, pelos entrevistados, como contribuinte para formas mais amplas e implicadas de se conceber os sujeitos usuários dos serviços prestados pela atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco; SÁ, Ronice Franco de; MOYSES, Simone; REZENDE, Regiane; ROCHA, Dais. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4291-4300, 2014.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi et al. **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina**. **Rev. Saúde e Transformação**. Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1471>> Acesso em 05 abr. 2015.

ANJOS, Karla Ferraz dos; et al. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400015&script=sci_arttext> Acesso em: 02 mar. 2015.

ARAÚJO, José N. G.; NETO, João L. F. **Gestão e Subjetividade no SUS: O enfrentamento de impasses em tempos neoliberais**. Belo Horizonte. 2014

BARROS, Fábio Batalha Monteiro. **História e legislação do SUS e Saúde da Família: Problematização a realidade da saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Agbook, 2011. 141p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, 2ª ed. Lisboa: Ed. 70, 2011. (Terceira Parte).

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10652869/artigo-200-da-constituicao-federal-de-1988>> Acesso em: 11 Jul 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portal da saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios**. 1ª Edição. Brasília/DF. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª Edição. Brasília. 2010.

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

CARDOSO, Maria Luiza Marques; MIRANDA, Áquila Bruno; OLIVEIRA, Eduardo Ornelas de. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a formação em psicologia para a atuação na saúde pública. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS. **Contribuições do Seminário Mineiro de Psicologia na Saúde Pública**, Belo Horizonte: CRP-MG, 2015.

CESMG - Conselho Estadual De Saúde De Minas Gerais. **Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS**. 10ª Edição, Belo Horizonte, 2014.

CAMPOS, Nayara Rúbio. **O surgimento do NASF e a atuação do serviço social**. Belo Horizonte. 2013.

COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde**: concepções. Barbacena. 2007.

FILGUEIRAS, Maria S. T.; GONZE, Gabriela G.; VILLELLA, Rosimeire Aparecida N. D. **Residência em Psicologia**: novos contextos e desafios para a transformação em saúde. Ed. Vozes, 2013.

GAMA, Alessandra S.; GOUVEIA, Luciana. **SUS esquematizado**: teoria e questões. 3ª edição. Editora Ferreira, 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310670>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Hucitec, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da saúde**. São Paulo. 2010.

RODRIGUES, Marisa Consenza; RONZANI, Telmo Mota. **O psicólogo na atenção primária a saúde**: contribuições, desafios e redirecionamentos. Juiz de Fora. 2006.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde**: Aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, Georgia; COSTA, Iris. **O SUS nos seus 20 anos**: reflexões num contexto de mudanças. São Paulo, v.19, n.3, 2010. p.509-517.

SPINK, Mary Jane. **Psicologia**: novas direções no diálogo com outros campos do saber. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

SUS. **História**. Disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>> Acesso em: 05 abr. 2015.