

# *A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*

I<sup>1</sup> Débora Cabral Leite, <sup>2</sup> Andréa Batista Andrade, <sup>3</sup> Maria Lúcia Magalhães Bosi I

**Resumo:** O lugar da Psicologia no âmbito da atenção básica à saúde, mais especificamente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), auferiu visibilidade em decorrência do alto índice de demanda em saúde mental nas comunidades em vulnerabilidade psicossocial, exigindo uma compreensão mais aprofundada acerca de suas novas atribuições. Destarte, este estudo objetivou analisar a inserção da Psicologia no NASF, identificando os desafios e potencialidades da sua atuação na atenção básica com base nas percepções de psicólogos que atuam nos NASF de Juazeiro do Norte-Ceará. Esta pesquisa fundamentou-se na metodologia qualitativa. As técnicas selecionadas para obtenção de material empírico foram a entrevista semiestruturada e a observação estruturada. O processamento e a interpretação do material obtido orientaram-se pela Análise do Discurso. Os resultados possibilitaram a discussão de três temáticas: 1) *o papel da Psicologia no NASF*; 2) *a implantação do NASF na rede de atenção à saúde*; e 3) *os desafios da interdisciplinaridade na atenção básica*. Os achados evidenciaram que a Psicologia ainda encontra entraves para uma atuação intersetorial e interdisciplinar na atenção básica; não obstante, percebe-se que ela está buscando novas formas de atuação para responder às demandas de saúde no território analisado.

► **Palavras-chave:** Psicologia; NASF; Atenção Básica à Saúde.

<sup>1</sup> Psicóloga do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Fortaleza, Brasil. Endereço eletrônico: debora.cabral4@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA); doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-Minas), Salvador, Brasil. Endereço eletrônico: andrea\_andrade@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pela Fiocruz; professora titular do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. Endereço eletrônico: malubosi@ufc.br

Recebido em: 16/12/2012  
Aprovado em: 25/08/2013

## Introdução

A intervenção clínica tradicional constituiu e exerceu hegemonia no campo da Psicologia brasileira, abalizada pelo ideal do profissional liberal, com modelo de atuação reduzido e visão de mundo elitista, preocupando-se basicamente com aspectos intrapsíquicos (GOYA; RASERA, 2007). Não obstante tal cenário, o avanço das políticas públicas de saúde e as recentes mudanças no modelo de atenção em saúde mental potencializaram a entrada da Psicologia nas instituições públicas de saúde. Para uma estimativa desse impacto, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde indicam que o Sistema Único de Saúde (SUS) é atualmente o maior contratador de psicólogos do País, ensejando uma reconfiguração da atuação da Psicologia, bem como do seu modelo de formação e produção de conhecimentos (FERREIRA NETO, 2011).

No Brasil, o campo da Saúde Mental passou por mudanças paradigmáticas nas políticas e na organização dos serviços, impulsionadas pela luta antimanicomial e pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Com efeito, surgiram questionamentos a respeito da eficácia do *modelo hospitalocêntrico*, vinculado à desumanização da assistência e à cronificação gerada pelas internações despersonalizadoras (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Como desdobramentos dessa reforma, emergiram propostas de desconstrução da assistência psiquiátrica tradicional para a implantação de serviços substitutivos mediante um modelo de atenção baseado na *clínica ampliada*. Esta, por sua vez, refere-se a uma clínica renovada que não nega a importância da técnica e dos conhecimentos especializados, mas que busca superar a visão fragmentada do sujeito por intermédio de intervenções pautadas na interdisciplinaridade, intersetorialidade e humanização do cuidado (SUNDFELD, 2010).

Em decorrência de tais mudanças, a Psicologia vai aos poucos se inserindo na rede de atenção à saúde, como em hospitais gerais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros espaços de atuação. Observa-se, porém, que as ações na atenção básica provocam um conjunto maior de dificuldades, convocando pesquisadores à busca de soluções (GOYA; RASERA, 2007). O princípio da *hierarquização* dos níveis de atenção, por exemplo, possibilitou o planejamento racional do sistema; entretanto, fragmentou, burocratizou e dificultou o acesso aos serviços, pois normatizou

quais são as portas de entrada no sistema, amarrando os demais serviços à lógica da referência/contrarreferência (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Além disso, a hierarquização também ensejou a distorção de que a clínica produzida por um especialista no atendimento hospitalar é sempre mais complexa do que as ações de clínica ampliada desenvolvidas na atenção básica, quando, na realidade, é mais complexo lidar com o sofrimento psíquico grave na atenção básica do que em serviços fechados (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Acrescentam-se a essa realidade a hegemonia do modelo biomédico, o insuficiente investimento financeiro no nível primário e a desvalorização de profissionais atuantes na atenção básica (RIGHI, 2005).

Embora se evidenciem essas dificuldades, o Ministério da Saúde assegura que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se revela como ferramenta fundamental para reorientação do modelo assistencial, caracterizada pelo primeiro contato da população com o serviço de saúde (BRASIL, 2008). Com o objetivo de ampliar e complementar as ações da ESF, foi instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Sua implantação se configura como um passo importante para consolidação da ESF, visto que o NASF enfatiza um trabalho interdisciplinar mediante o *apoio matricial*, cujo principal objetivo é possibilitar a corresponsabilização e a integralidade do cuidado na atenção básica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Destaca-se o fato de que a Portaria sugere a inserção de um profissional de saúde mental em cada equipe do NASF, podendo este ser um psiquiatra, terapeuta ocupacional ou psicólogo (BRASIL, 2008). Essa recomendação deve-se ao fato de que 56% dos profissionais da atenção básica reconhecem atender demandas de saúde mental na sua prática (BRASIL, 2009). Ante essa realidade, o lugar da Psicologia no âmbito da atenção básica, mais especificamente no NASF, aufere visão pública, necessitando de uma compreensão mais aprofundada acerca das suas novas atribuições. Desse modo, o objetivo desta pesquisa foi analisar como ocorrem a inserção e a atuação da Psicologia na atenção básica, identificando possíveis desafios e potencialidades apresentados por psicólogos que operam no NASF de um Município do Sul do Ceará.

No plano da produção do conhecimento, acredita-se que este estudo representa um espaço de reflexão sobre a prática da psicologia no NASF, fornecendo subsídios

para qualificar a assistência em saúde mental e elaborar novas possibilidades de clínica ampliada no SUS. A análise do trabalho da Psicologia no NASF da região Sul do Ceará, conquanto revele elementos singulares referentes à política de saúde e ao funcionamento da rede no âmbito local, evidencia aspectos metodológicos, éticos e políticos que podem contribuir para a consolidação da atenção básica enquanto principal porta de entrada do SUS, responsável pela gestão do cuidado integral do usuário e pela reorganização das redes de atenção.

## Metodologia

Esta investigação fundamentou-se na abordagem qualitativa, considerando a natureza do objeto focalizado. O estudo qualitativo valoriza a subjetividade e aplica-se, principalmente, ao estudo das relações, representações e percepções humanas, buscando interpretações dos significados que as pessoas atribuem a uma determinada realidade (MINAYO, 2008). Desse modo, interessa-nos compreender os significados que os psicólogos atribuem às suas práticas na atenção básica.

O cenário da pesquisa é composto pelo NASF de um município da região sul do Ceará, Brasil. Os participantes selecionados foram seis psicólogos que atuavam junto às equipes do NASF do município. Trata-se, portanto, de uma amostra de saturação por exaustão (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), haja vista terem sido incluídos no estudo todos os sujeitos disponíveis, ou seja, os psicólogos que atuavam nas equipes do NASF do município no período do estudo.

As técnicas selecionadas para a obtenção do material empírico foram a observação e a entrevista semiestruturada. As entrevistas, individuais, permitiram flexibilidade de respostas e tiveram duração média de 30 minutos. A observação utilizada foi do tipo *participante como observador* (DALLOS, 2010) – visto que desempenhamos um papel ativo nas atividades desenvolvidas nos NASF – no período de um ano e seis meses, deixando claro que observava o que acontecia no Serviço de Psicologia da unidade de saúde, quer na condição de estagiária de Psicologia do NASF, quer como supervisora de estágio nesse espaço.

Ao longo da investigação, diversos papéis foram acionados nos encontros intersubjetivos das pesquisadoras com psicólogos do NASF e usuários. A presença no cenário da pesquisa invocou múltiplas posições e disposições das autoras: “o lugar de psicóloga”; “o lugar de pesquisadora”, atentando-se aos ditos e não ditos; e “o lugar de pessoa”, vivenciando os fluxos experienciais que ora se revelaram na

interação com os participantes da pesquisa. Assim, a experiência das pesquisadoras no cenário desta pesquisa permitiu construir novos sentidos sobre a identidade e o papel da Psicologia no contexto da atenção básica e seu compromisso com a consolidação do SUS. Considerou-se que não há uma verdade indubitável, pautada no dado concebido, estável e pré-formado, como situa o pensamento modernista e iluminista. Nesta pesquisa, interessou-nos, sobretudo, a orientação da ação, de modo a reconhecer a circunstância e a historicidade que a atravessam com suas continuidades e descontinuidades, analisando de maneira crítica o contexto de produção do discurso *psi*.

Após a transcrição das entrevistas e o processo de categorização, analisou-se o material com base na Análise do Discurso de orientação francesa. Nessa perspectiva, o sujeito do discurso é histórico, social e descentrado. O discurso, portanto, é entendido como o conjunto de *enunciados* que se apoia na mesma *formação discursiva* e que se produz em um sujeito (e nas posições que ele ocupa) e em um lugar institucional, influenciado por regras sócio-históricas que possibilitaram a sua emergência (FOUCAULT, 2005).

Vale ressaltar que esta pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta pesquisa com seres humanos. O projeto da investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri-CE, sob o Parecer nº 123/2011 (CAAE: 0143.0.450.00-00), garantindo, assim, os princípios da Bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (MURPHY; DINGWALL apud FLICK, 2009). Os procedimentos éticos garantiram o anonimato dos entrevistados mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A identificação das narrativas dos psicólogos entrevistados recebeu a letra “E”, seguida de um número correspondente a cada entrevistado: E1, E2, E3, E4, E5, E6.

## Análise e discussão dos resultados

### O papel da Psicologia no NASF

De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais de saúde mental que atuam no NASF devem desenvolver as seguintes ações: realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional e priorizar abordagens coletivas; apoiar a ESF na abordagem dos casos com demandas em saúde mental; negociar

com a ESF os casos que necessitem de uma intervenção conjunta; evitar práticas de “medicalização” de situações comuns à vida cotidiana; promover ações que visem à difusão de uma cultura de atenção antimanicomial, diminuindo o estigma e a exclusão em relação à loucura; mobilizar recursos comunitários para construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; articular ações intersetoriais; e ampliar o vínculo com as famílias, assumindo-as como parceiras no cuidado (BRASIL, 2009).

Embora a função do profissional de saúde mental do NASF apresente tais demarcações, o papel específico da Psicologia no NASF ainda não foi totalmente definido, apresentando-se em decurso de elaboração. Nesse eixo temático, portanto, será mostrado o modo como sucede a atuação dos psicólogos no NASF de um município situado no sul do Ceará, a fim de apontar as atividades desenvolvidas pela Psicologia nesse segmento. A principal função da Psicologia, conforme relatado por E2, refere-se ao desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental. Os relatos a seguir expressam a percepção de dois psicólogos entrevistados sobre esse apoio:

Primeiramente, ao pensarmos no papel de qualquer profissional em uma equipe de NASF, fundamentalmente, precisamos falar de apoio matricial. Ou seja, temos funções e compromissos comuns, originados das demandas das Equipes de Saúde da Família. Propiciar este apoio matricial é um dos papéis fundamentais do Psicólogo. (E2)

A gente tá ali pra dar apoio, pra dar orientação, pra dar suporte às demandas da própria unidade de saúde. [...] Nós não somos porta de entrada do sistema de saúde. A gente não tem que gerar demanda, a gente tem que receber essa demanda do posto. (E1)

Consoante Figueiredo e Furlan (2010), o apoio matricial refere-se à oferta de um suporte técnico especializado às equipes de referência, com o objetivo de aumentar a resolubilidade dos casos atendidos e buscando superar a lógica do encaminhamento dotado de desresponsabilização. No âmbito da atenção básica, essa proposta alvitra que as equipes da ESF e do NASF se apropriem dos casos, da história de vida e do modo de viver dos usuários, para traçar estratégias conjuntas que visem à integralidade do cuidado.

O participante E1 acentuou que a atuação da Psicologia no NASF se pauta no apoio, na orientação e no suporte às demandas da ESF. Seu relato corroborou as observações de campo, realizadas quinzenalmente em uma capacitação em Saúde Mental voltada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Notou-se que o psicólogo E3 capacitou os ACS para melhor identificar os casos de

saúde mental mediante conhecimentos compartilhados sobre psicopatologia. O entrevistado E3 também recebeu encaminhamentos de usuários que necessitavam de atendimento psicológico, discutiu sobre a construção histórico-cultural da loucura na sociedade e acionou dispositivos da rede psicossocial para o acompanhamento integral dos usuários. As parcerias intersetoriais mais comuns foram estabelecidas com o Centro de Referência de Assistência Social e o Centro de Referência Especializada em Assistência Social.

Durante essa capacitação, percebeu-se que muitos ACS utilizaram o espaço para compartilhar os sentimentos de angústia e impotência ante os problemas psicossociais relacionados a pobreza, violência e drogas que acometiam a saúde da população. Além disso, a burocracia e a demora na marcação e na entrega de resultados de exames clínicos dos usuários geraram, por parte da comunidade, exigências para que os ACS resolvessem a situação, provocando frustração quando a resolução dos problemas estava fora do seu alcance. Assim, embora o psicólogo não previsse tal situação, percebeu-se que a capacitação delineou intervenções não apenas no nível educativo, mas no nível terapêutico, visto que os encontros grupais favoreceram o fortalecimento emocional dos ACS mediante a socialização de problemáticas comuns e a criação conjunta de estratégias para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano no trabalho.

Outro aspecto importante, que emergiu do discurso de E1, traz à baila o debate de que o NASF não deve se estabelecer como porta de entrada do sistema de saúde, visto que se corre o risco de criar outra demanda em saúde mental direcionada ao público neurótico (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Essa percepção alinha-se ao discurso oficial do SUS, que assevera: “O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da Família” (BRASIL, 2009, p.07).

Além do apoio matricial, outras atividades praticadas pelos psicólogos foram levantadas, conferindo-se destaque à visita domiciliar e ao trabalho com grupos preventivos. A exemplo, foram pinçados dois trechos de E1 e E4, respectivamente:

A gente trabalha basicamente, com grupo de adolescentes e de idosos. [...] Está surgindo uma nova demanda agora que é o Projeto de Saúde nas Escolas, onde a gente vai começar a trabalhar com adolescentes e crianças que estão nas escolas públicas. [...] Fazemos também acompanhamento de visitas domiciliares. (E1).

Facilitamos grupos psicoeducativos, intervenções em sala de espera, atendimento conjunto, visitas domiciliares, mapeamento e encaminhamento à rede de saúde mental e serviços sócio-assistenciais. (E4).

Constata-se que E1 e E4 privilegiam intervenções coletivas, interdisciplinares e intersetoriais. Observou-se em campo, contudo, que tais iniciativas, pautadas na perspectiva da clínica ampliada, encontraram alguns obstáculos, dentre eles os movimentos grevistas que aconteceram com frequência nas unidades de saúde do município estudado, no período em que esta pesquisa se desenvolveu. Constatou-se que as greves ensejaram desassistência e ameaçaram a continuidade do cuidado dos usuários atendidos na atenção básica. Outrossim, muitos usuários abandonaram os grupos terapêuticos ou demoravam a retornar às atividades, pois não tinham a informação correta sobre a data prevista para o fim da paralisação dos serviços.

Não obstante tal realidade, foi possível observar o desenvolvimento de grupos com adolescentes, focalizando especialmente temas como drogas, sexualidade e gravidez na adolescência, bem como de grupos psicoeducativos com adultos que faziam uso inadequado de psicofármacos por meio da automedicação. Consoante Campos e Gama (2010), o trabalho em grupo é uma metodologia de ação fundamental para desenvolver a educação em saúde, de modo a propiciar ao usuário “socialização, integração, apoio psíquico, troca de experiências, troca de saberes e a construção de projetos coletivos. O pertencimento a um grupo favorece a saúde mental do sujeito” (p. 241). Além disso, o grupo favorece o trabalho com um maior número de usuários, diminuindo a alta demanda de saúde mental dos territórios de abrangência e possibilitando ações interdisciplinares.

No que tange à visita domiciliar, esta é uma tecnologia de interação do cuidado voltada para uma perspectiva mais sistêmica da saúde da família. A equipe deve utilizar essa ferramenta para subsidiar o planejamento das intervenções e ações de prevenção e promoção da saúde, proporcionando, ainda, uma aproximação entre o serviço de saúde, o usuário e a família. A visita deve ser planejada e realizada junto à equipe de referência, principalmente com os ACS, pois estão em contato direto com a comunidade, fazendo a ponte entre o serviço de saúde e o território (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Conforme se observou, os principais parceiros da Psicologia nas visitas domiciliares foram os ACS, o que contribuiu para o estabelecimento de vínculo e boa receptividade das famílias visitadas. Percebeu-se, também, que os objetivos das visitas domiciliares da Psicologia variaram de acordo com a demanda, a saber: oferecer apoio psicológico e orientar famílias de usuários com transtornos mentais; intermediar os casos de indivíduos que abandonaram o tratamento no



CAPS; identificar famílias em vulnerabilidade social (uso de drogas, negligência, violência doméstica) a fim de acionar os recursos comunitários; e atender os casos de sujeitos que não podem se dirigir à unidade de saúde para atendimento no serviço de Psicologia. Ainda sobre a visita domiciliar, E5 exprime uma dificuldade:

Nas visitas domiciliares, uma coisa que eu busco é criar uma intimidade com a área, né? Mas aí eu tenho uma dificuldade, por que eu passo pouco tempo em uma determinada área. O meu NASF abrange oito PSF, mais de oito equipes numa semana. Então praticamente passo um turno por semana em cada equipe. [...] Tem pouco tempo de criar laços (E5).

Nesse discurso, notam-se dificuldades de estabelecimento de vínculo entre o psicólogo e a comunidade, uma vez que cada equipe do NASF do município estudado é responsável, em média, por nove equipes da ESF, sobrecarregando a demanda para o serviço de Psicologia. O pouco tempo dispensado nas unidades de saúde impede a equipe do NASF de estar mais presente no cotidiano da equipe de referência e do território, inviabilizando uma atuação mais resolutiva e territorial. Ante essa realidade, a equipe do NASF se dedica, muitas vezes, às ações curativistas, reforçando um modelo clínico individual que a própria Psicologia tenta superar no âmbito da Saúde Coletiva. Com um número insuficiente de equipes do NASF, suas diretrizes “trazem ações e metas impossíveis de se atingir devido à organização da equipe e ao processo de trabalho que fragmentam a atuação. Com isso, cria-se uma lacuna, distanciando as ações de saúde mental da atenção básica”. (BOING; CREPALDI, 2010, p. 643).

Outra atribuição relevante da Psicologia no NASF diz respeito à conscientização das equipes da atenção básica sobre a importância do acolhimento humanizado. Diversas pesquisas reiteram a importância da humanização nos serviços de saúde para garantir um atendimento de qualidade, pois, segundo os usuários, a atenção, a escuta e o diálogo são aspectos fundamentais do cuidado para se estabelecer vínculo e adesão à proposta do projeto terapêutico de forma ativa (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010). Quanto a isso, destaca-se, como ilustração, um excerto da entrevista de E6:

A gente tá começando um trabalho de discussão dentro da própria unidade sobre acolhimento e humanização com os próprios profissionais. Isso é muito importante e precisa mesmo. (E6).

No campo da Saúde Mental, a humanização do cuidado torna-se peça essencial para a reabilitação psicossocial do usuário, visto que a horizontalidade

das relações entre profissional-usuário, a abertura para a dialogicidade e a subjetivação da queixa constituem o *modelo psicossocial* proposto pela Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1996). Na compreensão de Ayres (2004), em toda ação de saúde há necessariamente um encontro entre sujeitos, no qual a articulação entre o aspecto técnico e não técnico se faz presente. Assim, o debate sobre a humanização na atenção básica pode ser uma das propostas importantes da Psicologia no NASF para potencializar uma transformação das interações entre profissionais, usuários e comunidade.

Diante do exposto, percebe-se que a atuação da Psicologia no NASF aponta para um conjunto diversificado de ações, uma vez que os psicólogos estão em contato com diferentes territórios e diversas demandas. Cada área tem características socioculturais específicas, carecendo de cuidado e atenção diferenciados. Observa-se que as propostas de atuação em saúde mental pedem uma ação dinâmica, contextual e coletiva; porém, a prática da clínica tradicional ainda é presente nas unidades de saúde, como ilustra a seguinte fala:

Eu cubro 8 unidades. Então, dá em torno de 2400 pessoas atendidas em cada unidade dessa. Multiplique isso por oito! Você acha que tem condição de fazer atendimento clínico? Não tem! Então, é inviável, mas a gente vem fazendo essas coisas de forma pontual, mas a gente vem brigando pra se afastar disso. Aí, às vezes entra em atrito com o modelo que as unidades de saúde querem, porque muitos ainda tem essa visão clínica, de que psicólogo só tem que estar na clínica, e não é só isso. (E1).

Nota-se que o atendimento clínico ainda faz parte das ações da Psicologia no NASF, visto que a equipe da ESF ainda tem uma visão eminentemente clínica da Psicologia e a solicita frequentemente para exercer essa prática individual. Além disso, há uma demanda latente da comunidade por atendimento clínico da Psicologia, visto que o valor da consulta particular é inacessível para grande parte da população. Apesar das vigorosas demandas da equipe multiprofissional e da comunidade, os psicólogos dos NASF lutam por afastar-se da clínica tradicional mediante atendimentos individuais circunstanciais, visto que é inviável atender centenas de pessoas semanalmente em cada unidade de saúde de abrangência.

Com o objetivo de minimizar as demandas de usuários ainda não cronificados, o entrevistado 3 busca desenvolver atendimentos individuais por intermédio do *plantão psicológico*, visto que o usuário em crise é atendido e recebe um suporte emergencial em no máximo cinco encontros. Ressalva-se que a crise, nesse âmbito, não é um evento desencadeado por transtornos mentais crônicos, o que

necessária de uma estrutura física e de recursos humanos mais especializados, mas é entendida como uma situação em que o sujeito sofre uma ruptura abrupta na vida, extrapolando seus limites de resiliência e adaptação. Sobre o plantão psicológico e o atendimento emergencial, E3 e E4 relatam:

Então, você sendo psicólogo, tem atendimento emergencial que a equipe solicita muito, no sentido de oferecer um suporte, uma escuta psicológica. Em alguns postos, a gente tá com o serviço de plantão psicológico junto com os estagiários de Psicologia (E3)

No que tange à especificidade do psicólogo, fica muito evidente a necessidade de intervenções clínicas, tanto com relação à expectativa do usuário quanto à expectativa da equipe de Saúde da Família. Então, esse trabalho clínico, seja com intervenções breves ou na perspectiva do plantão psicológico, tem sido uma das principais atividades que percebo acontecer. (E4)

O plantão psicológico é uma modalidade de intervenção psicológica que está sendo recentemente implementada na atenção básica do município pesquisado. Esse serviço é uma ferramenta de prevenção e promoção da saúde mental, visto que evita a cronicidade ou o aparecimento de transtornos mentais, buscando reduzir sua incidência e sua prevalência. Nesse município, o serviço de plantão nos NASF está sendo desenvolvido por 12 estagiários de Psicologia, apontando aspectos positivos dessa nova modalidade de atendimento na atenção básica, já que facilita o acesso da comunidade ao serviço de Psicologia e oferece resposta imediata à crise do usuário. A atuação desses estagiários nas unidades de saúde viabiliza esse tipo de serviço, uma vez que seria inexecutável o psicólogo do NASF atender as demandas de crise de cada território.

Com base nos relatos das experiências dos psicólogos participantes, conclui-se que o papel da Psicologia no NASF do Município estudado é de enfoque preventivo e abrange as seguintes atividades: apoio matricial, elaboração dos projetos terapêuticos com a equipe da ESF, visitas domiciliares, educação em saúde com grupos, capacitação em Saúde Mental e plantão psicológico.

### **A implantação do NASF na rede de saúde**

O NASF foi instituído em 2008 e está sendo implementado gradativamente em todo o país. As falas de E3 e E1 retratam o quão desafiadora e inédita é essa proposta de atuação no município:

Esse contexto de atenção básica é um contexto desafiador, ao mesmo tempo, é um contexto de caos. E, por ser um contexto de caos, é um contexto de construção. [...] Tudo é muito novo. (E3).

O NASF é um projeto do Ministério da Saúde que tá sendo, que sinceramente ainda tá sendo implantado. No país, ele começou em 2008, aqui só em 2009, se eu não me engano. [...] E nós, da Psicologia, assumimos em 2010, ou seja, é tudo muito novo pra todo mundo. O trabalho, assim, a gente ainda vive meio que tateando. (E1).

Os psicólogos entrevistados trabalhavam na atenção básica havia menos de dois anos e não tiveram a oportunidade de capacitar-se para atuar no NASF no período da graduação, uma vez que as antigas grades curriculares do curso de Psicologia não incluíam disciplinas de Saúde Coletiva. Desse modo, os psicólogos do NASF do município pesquisado vão aprendendo e formulando na prática uma atuação complexa e desafiadora junto aos estagiários de Psicologia de uma faculdade particular da região, buscando adequar-se às novas exigências e propostas do SUS. O entrevistado 2 confirma esse déficit na sua formação, ao acentuar que:

Hoje, as grades curriculares já se preocupam com isso, com a atuação do psicólogo no campo da saúde, na atenção básica, né? Tempos atrás, não se tinha muito isso, mas é compreensível, porque tempos atrás também não tinha psicólogo na atenção básica. Então a grade vai mudando conforme o contexto, né? (E2).

Com efeito, constatam-se atualmente significativas modificações na grade curricular do curso de Psicologia em todas as universidades do país. Tais mudanças foram desencadeadas, principalmente, por dois motivos: primeiro, porque a Psicologia começou a se inserir nas políticas públicas de saúde e a adentrar os equipamentos de saúde, exigindo interlocuções com os saberes da Saúde Coletiva; e, segundo, porque o Conselho Federal de Psicologia reposicionou o lugar da Psicologia, deslocando-a da área das Ciências Humanas para a área das Ciências da Saúde, o que implicou reformulações acerca do saber-fazer *psi*.

Cabe registrar que o único curso de Psicologia da região do sul do Ceará e, por conseguinte, do município estudado, já possui uma grade curricular atualizada no que concerne às novas formulações do campo da saúde. O programa de graduação contempla disciplinas como: Epidemiologia; Psicologia da Saúde; Políticas Públicas, Psicologia e Direitos Humanos; Psicologia e Saúde Coletiva; A Psicologia e os aspectos Psicossomáticos do Comportamento; Educação em Saúde, dentre outras. Isso refletirá avanços, a médio e longo prazo, no tocante à inserção da Psicologia na atenção básica em saúde da região.

Sobreposta à defasagem na formação profissional, os atuais psicólogos do NASF do município não receberam treinamento ou capacitação para inserir-se

na atenção básica, dificultando a implantação do NASF na rede de saúde. A respeito disso, os psicólogos E3 e E4 ilustram:

Aí, de repente, chega o NASF, onde não existe territorialização e onde não existe uma discussão do papel desse NASF. Simplesmente, se sabe que existe um NASF e que se coloca dentro dessas equipes e dizem: façam aí agora atenção primária a saúde, façam promoção, prevenção e educação em saúde. (E3)

Essas equipes do NASF foram se inserindo no campo de trabalho de forma fragmentada, sem capacitação e sem um apoio mais presente de gestores que viessem a esclarecer, mobilizar e sensibilizar as equipes da ESF, no sentido de prepará-las para receber essa nova equipe do NASF. Existem práticas bastante cristalizadas, desenvolvidas pela ESF, que já estão há mais tempo atuando na atenção básica. De repente, propor mudanças não parece ser algo tão fácil. (E4)

As falas dos entrevistados colocam em pauta a ausência de iniciativas que visem a integrar as equipes da ESF e do NASF para que a ESF esteja preparada para receber a equipe do NASF, compreendendo as atribuições e funções dos novos profissionais que passarão a dividir espaços e desenvolver estratégias conjuntas. O desconhecimento sobre a proposta do NASF está presente não só nas equipes da ESF, como também na própria comunidade assistida. Os psicólogos entrevistados relataram que, muitas vezes, esbarram na resistência da própria comunidade em participar das atividades de Educação em Saúde, pelo fato de estar habituada ao modelo clínico, médico-centrado, prescritivo, medicamentoso e individual.

De acordo com as diretrizes do NASF, o novo modelo de produção de saúde, considerando o princípio da integralidade, exige dos profissionais um trabalho integrado com outros setores, de modo a possibilitar maior responsabilização e melhorar o acesso dos usuários aos serviços da rede de saúde. A articulação em rede “favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população” (BRASIL, 2008. p.18).

No campo da Saúde Mental, a articulação em rede é fundamental para descentralizar o hospital psiquiátrico como principal instituição responsável pela totalidade do cuidado (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). A efetividade da rede substitutiva só pode se tornar realidade mediante a articulação entre os diversos espaços do território, considerados ou não da área da saúde. A esse respeito, o entrevistado 1 ressalta que a deficiência estrutural e organizacional da rede dificulta uma atenção integrada e intersetorial:

É um pouco frustrante, às vezes, por conta das peculiaridades da rede de atenção à saúde daqui, que não existe uma rede estruturada. [...] A rede ainda tá meio deficiente, principalmente, na área de Saúde Mental. É complicado isso. Quando a gente precisa fazer encaminhamentos para um atendimento mais especializado, quando a gente precisa fazer uma avaliação psiquiátrica, a gente se esbarra nisso, por que é insuficiente o número de profissionais da saúde mental na rede daqui. [...] A gente só tem um CAPS aqui na cidade. Esse é um dos grandes desafios. (E1)

A frustração de E1 corrobora o entendimento de Boing e Crepaldi (2010) de que a deficiência na rede de atenção faz com que o sentimento de fracasso ou de impotência dos profissionais perante determinadas demandas seja de responsabilidade de um serviço ou de outro, quando, na realidade, determinadas demandas ainda não têm condições de serem resolvidas por demandarem ações intra e intersetoriais mais estruturadas, de efetivação difícil.

Outro aspecto relevante sobre a implantação do NASF na rede de saúde foi problematizado pelo entrevistado 4, conforme se evidencia neste discurso:

A implantação do NASF é muito delicada, pois se trata de uma parte do processo que, em geral, negligencia a participação dos profissionais que atuam na ponta. Por exemplo, já solicitamos várias vezes o projeto de implantação do NASF no município, mas nunca nos disponibilizaram. Solicitamos, mais uma vez sem sucesso, um esclarecimento e nossa participação nas decisões sobre o uso do recurso mensal. Portanto, esse trabalho de implantação ocorre a partir de um trabalho de gabinete, feito por técnicos das secretarias municipais, respondendo a informações e requisitos solicitados pelo Ministério da Saúde. (E4)

A verbalização de E4 evidencia uma insatisfação produzida pela falta de autonomia dos profissionais do NASF no planejamento e na tomada de decisões, em virtude do modelo verticalizado de gestão. Consoante Santos-Filho (2008), apenas a gestão participativa fomenta o exercício da elaboração coletiva de estratégias, prioridades e viabilidade de projetos almejados, de modo a articular os serviços em busca de seus objetivos. Nesse sentido, o planejamento que exclui a participação dos profissionais e, sobretudo, da comunidade pode produzir metas muitas vezes distantes das necessidades mais urgentes de determinados territórios.

Em decorrência do que se expôs, percebe-se que a de implantação do NASF na atenção básica está em processo de formação, expressando desafios a serem superados. A fragmentação da rede de saúde, a ausência de capacitação das equipes da ESF e do NASF e os problemas relacionados à intersetorialidade e ao planejamento participativo são algumas das dificuldades com que se defrontam os psicólogos do NASF, participantes deste estudo.

## Os desafios da interdisciplinaridade na atenção básica

A inserção do psicólogo no NASF é uma estratégia para aproximar Saúde Mental e Atenção Básica, de modo a fortalecer ações de prevenção/promoção da saúde no território, valorizando o trabalho interdisciplinar. Assim, a interdisciplinaridade ganha ênfase no NASF, visto que sua principal proposta é apoiar a equipe da ESF por intermédio de ações conjuntas e integradas que envolvem diálogo, criatividade e flexibilidade nas formas de pensar e agir nos serviços de saúde, sem desconsiderar ou negar as especificidades de cada área profissional (LOCHNECKEL et al., 2009). Na perspectiva do E2:

O NASF surgiu para dar apoio as ações da Estratégia Saúde da Família. Então, o ponto chave pra você entender de como o NASF funciona é de como é que ocorre essa relação de apoio, né? Como é que a equipe convoca o NASF, como é que o NASF pode se engajar nas atividades da própria equipe. (E2)

Essa relação de apoio configura-se mediante a perspectiva do matriciamento, no qual profissionais de várias especialidades atuam para complementar a equipe de referência, visando a aumentar a resolubilidade na atenção básica para que determinados tipos de demanda não precisem ser encaminhados para os outros níveis de atenção (BRASIL, 2009). Efetivamente, o apoio matricial preconiza o trabalho interdisciplinar para garantir atendimento integral ao usuário com suporte em um novo modelo de atenção à saúde baseado na clínica ampliada (FREIRE; PICHELLI, 2010).

Ao confrontar, porém, o discurso dos psicólogos entrevistados com o discurso oficial do NASF, identifica-se o fato de que o atendimento integral, tal como preconizam os preceitos do SUS, muitas vezes, não se efetiva na realidade das equipes de Saúde da Família. Notam-se, por meio dos discursos, algumas dificuldades vivenciadas no que se refere ao trabalho interdisciplinar dessas equipes:

Pra mim, as maiores dificuldades da interdisciplinaridade são as relações de poder. A figura do médico está no topo, depois vem a enfermeira, que acabou assumindo papel administrativo, em seguida, o restante da equipe de ESF. Por fim, a equipe do NASF. Nós ficamos por último. Essas hierarquias complicam bastante. E ninguém toca nesse assunto. (E5)

De acordo com E4, as relações verticalizadas e a centralidade na figura do médico dificultam uma atuação interdisciplinar. Outra razão que inibe o trabalho interdisciplinar decorre do fato de muitos profissionais ainda utilizarem práticas que priorizam o caráter individual, assim como o despreparo teórico-prático ante

os princípios doutrinários do SUS (FREIRE; PICHELLI, 2010). Conforme já assinalado, a prática dos profissionais da saúde ainda está pautada hegemonicamente no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e a intervenção sobre seus condicionantes de maneira integrada (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Jupiassu (1976) levanta a discussão sobre conceitos como multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. A prática multidisciplinar vincula-se à sobreposição dos diferentes saberes, sem necessariamente dialogarem ou buscarem objetivos comuns. Já a interdisciplinaridade se caracteriza pela troca dos diferentes saberes, técnicas e metodologias implicadas no fazer coletivo, onde todos buscam a superação das fronteiras das disciplinas, de acordo com as demandas que chegam à unidade de saúde.

Observou-se que as equipes do NASF do município pesquisado apresentam poucas ações interdisciplinares, estando assim mais próximas de um trabalho multidisciplinar. Na tentativa de superar essa visão isolada de trabalho, as diretrizes do NASF trazem algumas ferramentas tecnológicas para a organização do trabalho, denominadas de *apoio à gestão* e *apoio à atenção* (BRASIL, 2008). O apoio à gestão se refere à pactuação de apoio entre as equipes da ESF e do NASF, traçando metas para alcançar resultados. No apoio à atenção, inclui-se o desenvolvimento da proposta da clínica ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Pautar-se na clínica ampliada significa, sobretudo, utilizar-se de conhecimentos e ações de saúde contextualizadas para oferecer respostas singulares às demandas de saúde, com nítido apelo à intersubjetividade das relações entre profissionais e usuários (FAVORETO, 2005). Assim, a prática da clínica ampliada possibilita a corresponsabilização dos casos e a realização do PTS, sendo este “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2008, p.27).

O processo de construção do PTS é desenvolvido de forma a partilhar responsabilidades dos casos atendidos, ressaltando que o projeto terapêutico também deve ser negociado simbolicamente com o usuário, de modo a torná-lo autônomo e corresponsável pelo cuidado. A dificuldade de integração entre as equipes ocasiona imprecisões na pactuação do apoio e na construção do PTS, como se pode ler na reprodução desta fala:



Precisa de fato do coletivo. É o impasse da discussão onde se formula o Projeto Terapêutico Singular. [...] Há a necessidade da formulação e pactuação de apoio, mas os profissionais, de certa forma, já estão acostumados a se dividir e cada um fazer o seu. (E3)

O ideário individualista nas práticas de atenção básica impossibilita a formulação de metodologias de ação preconizadas pelas diretrizes do NASF, que visam a uma atuação mais engajada, contextualizada e dinâmica. Nascimento e Oliveira (2010) advertem que “para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos moldes em que o NASF propõe, é preciso que haja uma revisão crítica acerca dos processos educativos e formativos que vem sendo desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior” (p. 93). Segundo E6 e E2, para a concretização do trabalho interdisciplinar, é preciso:

Entender a linguagem de cada profissional e estar disposto a aprender com o outro. [...] Isso é importantíssimo. (E6).

Uma coisa que é interessante é que o psicólogo na atenção básica vai ter que estar muito aberto a dialogar com outros saberes que não é [sic] da sua ossada [sic], tá certo? Então, você vai ter que entender uma linguagem do fisioterapeuta, do enfermeiro, do médico, tá? (E2)

O trabalho interdisciplinar gera maior impacto sobre diferentes aspectos que influenciam o processo saúde-doença e pressupõe a possibilidade do profissional reconstruir suas ações a partir da prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção integral na realidade onde se inserem (ARAÚJO; ROCHA, 2006). Embora haja tantas dificuldades entre as equipes do NASF e da ESF, observou-se que os profissionais lançaram mão de estratégias de encontro entre as equipes, principalmente no que tange às visitas domiciliares. Presenciaram-se também algumas visitas realizadas em conjunto entre psicólogos, médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Em virtude do exposto, conclui-se que o trabalho interdisciplinar é um desafio na atuação dos profissionais de Psicologia do NASF, uma vez que o trabalho em equipe está em processo de construção e alguns fatores ainda dificultam a elaboração de um trabalho interdisciplinar.

## Considerações finais

A Psicologia conquista cada vez mais novos espaços de atuação. O campo da Saúde Coletiva, como discutido neste artigo, se configura como possibilidade de atuação pautada numa nova concepção de saúde e de metodologia de ação.

Percebe-se, entretanto, que essa inserção ainda é muito recente e que a prática psicológica está sendo construída nesse contexto de transformação.

A atuação da Psicologia na atenção básica é alvo de alguns estudos nos últimos anos; porém, a temática do NASF ainda é muito escassa em produções científicas. Para suprir essa carência de produção, a presente pesquisa contribuiu para a discussão acerca da inserção e atuação da Psicologia no NASF de um município cearense. É reconhecida, no entanto, a necessidade da realização de novas pesquisas para potencializar uma visão mais ampliada dessa inserção no âmbito nacional.

Esta investigação permitiu identificar entraves e possibilidades de atuação da Psicologia no NASF do sul do Ceará. No que concerne a esse território, percebe-se que ainda há muitas dificuldades no trabalho interdisciplinar e intersetorial na atenção básica, visto que o predomínio do modelo biomédico e a inadequação dos serviços aos preceitos do SUS são fatores que originam impasses no estabelecimento de uma atuação integrada no NASF. Notam-se, todavia, o interesse e a motivação dos psicólogos em criar estratégias para superar essas dificuldades.

Pôde-se observar, ainda, o fato de que algumas ações já são desenvolvidas na perspectiva da clínica ampliada, dentre elas: o trabalho de humanização com a equipe de referência; a facilitação de grupos de educação em saúde com profissionais da equipe multidisciplinar; a realização de visitas domiciliares; e as reuniões com os agentes comunitários de saúde. Esses são os passos iniciais que a Psicologia propõe no contexto analisado, com vistas à construção de uma atuação baseada na integralidade e na humanização do cuidado, consoante a proposta do SUS.<sup>1</sup>

## Referências

- ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142p.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- AYRES, J.R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. *Ciência, Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

- BOING, E.; CREPALDI, M.A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. *Psicol. cienc. prof.*, v. 30, n.3, p. 634-649, 2010.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 566-570, 2010.
- BRASIL. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/NASF>>. Acesso em: 13 dez. 2011.
- BRASIL. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 152p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)> Acesso em: 13 dez. 2011.
- CAMPOS, O.R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 221-246.
- DALLOS, R. Métodos observacionais. In: BREAKWELL, G. et al. *Métodos de pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 134-169.
- FAVORETO, C.A. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 205-219.
- FERREIRA NETO, J.L. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta, 2011. 224p.
- FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN, P.G. O Subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.) *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 154-178.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FOUCAULT, M. *A arqueologia do Saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 239p.
- FREIRE, M.S.; PICHELLI, A.A.W.S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 30, n. 4, p. 840-885, 2010.
- GOYA, A.C.A.; RASERA, E.F. A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. *Horizonte Científico*, v. 1, n. 7, p. 01-21, 2007.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220p.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-634.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, p. 1463-1472, 2009.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008. 407p.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

RIGHI, L.B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D.F.; CRUZ, I.B. (Org.). *A Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Unijuí, 2005. p. 73-92.

SANTOS-FILHO, S.B. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, v. 32, p. 172-181, 2008.

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis [online]*, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

## Nota

<sup>1</sup> D. Cabral e A. Andrade trabalharam conjuntamente na concepção, delineamento do estudo, análise do material empírico e redação do artigo. M.L. Bosi atuou na redação do artigo e na revisão crítica.

## Abstract

### *The integration of Psychology in units of support for the Family Health Program*

The place of Psychology in the context of primary health care, specifically, in units of support for the Family Health Program (NASF) gains visibility due to the high level of demand on mental health in communities with psychosocial vulnerability, requiring deeper understanding about their new assignments. Thus, this research aimed to analyze the insertion of Psychology at NASF, identifying challenges and potentials of their performance in primary care based on perceptions of psychologists working at NASF in the city of Juazeiro do Norte-CE, Brazil. This is grounded in qualitative research methodology, and the techniques selected for obtaining empirical material were the semi-structured interviews and systematic observation. For the processing and interpretation of material obtained, we used the Discourse Analysis. The results allowed the discussion of three themes: 1) *the role of psychology in NASF*; 2) *the implementation of NASF in the health network*, and 3) *the challenges of interdisciplinarity in primary care*. The findings showed that Psychology still faces difficulties for an inter-sectoral and interdisciplinary work in primary care. However, it is clear that Psychology is seeking new ways of working to meet new health care demands in the city of Juazeiro do Norte.

► **Key words:** Psychology; NASF; Primary Health Care.