

MESA REDONDA: Desafios e potencialidades da implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em duas regiões do Brasil e a inserção do psicólogo em suas ações

Autores:

Belinda Mandelbaum
Fernanda Rodrigues Leite de Oliveira
Priscilla Nogueira Cavini
Willian Tito Maia Santos

1 - Introdução

A Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é multideterminada e necessita de uma intervenção ampla em diversas instâncias para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Ela se constitui nos dias de hoje como o primeiro contato na rede assistencial do SUS que a população deve ter acesso e se caracteriza pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária.

A Atenção Básica se estrutura nos dias atuais principalmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta estratégia caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS.

Com o objetivo de aumentar a abrangência e o escopo das ações da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.

O NASF é uma iniciativa do Governo Federal em parceria com os municípios para ampliar o número de profissionais nas equipes da ESF. Os núcleos reúnem profissionais das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras, psiquiatras, homeopatas, acupunturistas), professores de educação física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais devem atuar em parceria e em conjunto com as equipes de Saúde da Família.

Os trabalhos apresentados nesta mesa-redonda examinam e pretendem por em discussão aspectos da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em diferentes lugares do país: Guaianases e Tiradentes (região leste do município de São

Paulo), Cidade Ademar (sul do município de São Paulo) e Recôncavo Baiano (conjunto de cidades que se encontram em volta da Baía-de-Todos-os-Santos na Bahia). O foco principal das pesquisas se estrutura na investigação das maneiras pelas quais a implantação desses serviços se articula com as os profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e com as comunidades nas quais se inserem.

A pesquisa desenvolvida por Fernanda de Oliveira descreve a composição dos NASF na região de Guaianases e Tiradentes (município de São Paulo), as diretrizes de sua atuação e as atividades que as equipes desenvolvem. A autora explicita as dificuldades referentes à integração das equipes e ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, bem como as potencialidades decorrentes da integração com a ESF, como maior possibilidade de discussão de casos e o desenvolvimento de novas intervenções em casos que apresentam maior complexidade.

A pesquisa de Priscilla Cavini se propõe a pensar a contribuição e o papel dos NASF na potencialização de um sistema de saúde que se organize em redes de atenção, em que os serviços sejam concebidos como complementares e orientados segundo as reais necessidades dos usuários. Sua reflexão baseia-se na experiência de implantação e atuação do NASF em Cidade Ademar (também no município de São Paulo) e, a partir desta experiência, nos mostra como, com a chegada do NASF, houve um aumento na região de ações de promoção, prevenção e cuidados desempenhados pela ESF. Por outro lado, fez-se necessário um re-arranjo na assistência dos serviços de referência da região. Após dois anos de implantação dos NASF, constatou-se que a ESF apresentou maior grau de resolutividade para casos de Saúde Mental e Reabilitação Física, bem como o incremento de práticas de modelos sustentáveis de saúde pública com vistas à redução da fragmentação de práticas, buscando a integralidade da atenção.

A pesquisa de Willian Tito Maia Santos trata especificamente da inserção da Psicologia nos NASF, tendo como referência a experiência no Recôncavo Baiano. Sua reflexão aponta as dificuldades que o psicólogo, formado a partir de uma noção de clínica elitista que muitas vezes desconsidera as questões sociais a partir de uma tradição intervencionista e adaptativa, vive frente às exigências do SUS por ações multiprofissionais, preventivas e comunitárias. Suas investigações têm o objetivo de compreender as demandas e expectativas dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família em relação às atividades que deverão ser desenvolvidas pelos psicólogos atuantes nos NASF. Os dados iniciais mostram uma fragilidade e confusão na atuação dos psicólogos quanto às suas atribuições específicas no cotidiano do

trabalho e na articulação com as equipes, além de uma dificuldade no que diz respeito a um apoio concreto e efetivo junto às ESF.

2 - Fundamentação Teórica

Segundo Noronha e Levcovitz (2003), a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) guarda uma série de inovações e avanços para o campo da saúde, representando uma democratização no acesso e na garantia à saúde para a população brasileira como um todo, promovendo a organização descentralizada que vai permitir aos vários municípios do país a elaboração de políticas pertinentes às suas realidades locais e referendando os princípios básicos do SUS: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada.

O SUS, embora apresente algumas diretrizes em processo avançado de consolidação, ainda se encontra frágil no que tange à integralidade e à formação de uma rede integrada de serviços e equipamentos de saúde que supere a antiga lógica hierárquica entre os serviços de diferentes níveis de complexidade, principalmente quando se tratam de áreas como a Saúde Mental e a Reabilitação Física.

Compreendendo a integralidade como o princípio que demonstra a importância da promoção de atenção integral à saúde, os serviços públicos devem contemplar as necessidades integrais e específicas dos usuários, portanto devem desenvolver intervenções que incluam os diferentes níveis de organização e de complexidade. Outro sentido atribuído à integralidade refere-se à abordagem e à compreensão dos indivíduos como sujeitos biopsicossociais, portanto reconhecendo suas necessidades com olhar mais abrangente e menos reducionista.

Quanto à hierarquização, os serviços públicos de saúde são divididos em níveis diferentes de complexidade: primário, secundário e terciário. Trata-se de uma divisão hierárquica que organiza complexidades e não o grau de importância entre os serviços, objetivando a consolidação de redes integradas de atenção em que o nível primário (chamado atualmente de atenção básica pelo Ministério da Saúde do Brasil) é a porta de entrada oferecida diretamente à população, enquanto os outros níveis são utilizados por fluxos de referência e contra-referência, organizados de acordo com a necessidade do usuário. Quanto mais organizado o fluxo e as parcerias entre os serviços de diferentes complexidades, melhor a eficiência dos mesmos no complexo do SUS.

Em termos históricos, como forma de alcançar seus princípios e de garantir o acesso ao SUS das chamadas “camadas de risco” da população, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), repousando suas bases no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como uma de suas principais metas utilizar-se de uma rede social preexistente para realizar um perfil epidemiológico das comunidades, enfatizando a promoção de saúde e tendo no agente comunitário de saúde o principal elo entre a população e os serviços de saúde. O PSF vai além do PACS ao definir uma nova estrutura de funcionamento da atenção básica, tendo no seu centro de ação a família, indo até as comunidades e detectando as necessidades em saúde da população.

Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta uma ação com um tempo definido de existência. Percebendo a expansão do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica. Para viabilizar tal proposta, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) organiza-se em torno de uma Equipe de Saúde da Família composta por equipe multiprofissional estruturada por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família ganhou destaque enquanto estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como objetos centrais o indivíduo e sua família no contexto da comunidade. Essa modalidade de atenção em saúde compreende a saúde segundo o paradigma de produção social da saúde e doença entendendo que ambas resultam de situações e condições influenciadas por diversos fatores tais como questões econômicas, sociais, culturais e políticas (BRASIL, 2006).

A ESF entendida como porta de entrada para o SUS tem como algumas de suas prioridades: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão e do diabetes mellitus, combate à desnutrição infantil, o desenvolvimento de ações no âmbito da saúde da criança, da mulher e do idoso, da saúde bucal e visa fundamentalmente promover a saúde nas comunidades atendidas. A ESF também tem como função o cuidado na área da reabilitação e Saúde Mental (TANAKA & RIBEIRO, 2009).

No que diz respeito à estruturação organizada de um apoio matricial à Estratégia de Saúde da Família e também com o objetivo de aumentar sua resolutividade, a portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde institui os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF) em todo o território brasileiro. O objetivo principal dos NASF é apoiar as ações das equipes de saúde da família, atuando em parceria, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, devendo atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

O NASF deve ser composto de equipe multiprofissional com representação de diversas áreas de conhecimento (entre eles o Assistente Social, o Professor de Educação Física, o Farmacêutico, o Fisioterapeuta, o Fonoaudiólogo, o Terapeuta Ocupacional e o Psicólogo) para atuarem de forma compartilhada com a ESF, tendo como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2008).

Para evitar a fragmentação do sujeito atendido e garantir a interdisciplinaridade, as ações desenvolvidas pelo NASF junto à ESF não são divididas em termos de categoria profissional, mas sim por áreas estratégicas. São elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

No cotidiano de trabalho a equipe do NASF e as equipes da saúde da família realizam reuniões para discussões de prioridades, de critérios de encaminhamento, discussões de casos, construção de projetos terapêuticos, planejamento de ações/intervenções compartilhadas, entre outros. (BRASIL, 2008). As principais ações que compõem o processo de trabalho são: o atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar; intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de saúde da família; ações intersetoriais desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família e outros setores.

Para contemplar pragmaticamente suas diretrizes e ações, o NASF utiliza-se das estratégias do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular, conforme a portaria 154/MS de 24 de janeiro de 2008.

O Apoio Matricial é elemento chave para a ampliação e qualificação da assistência, tendo como diretriz o trabalho interdisciplinar. O Apoio Matricial objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes de saúde da família, ampliando possibilidades de

intervenções e aumentando a capacidade de resolver problemas em saúde. A articulação entre as equipes ocorre em três planos: atendimentos e intervenções conjuntas; orientações e capacitação durante reuniões e discussões de caso; atualização contínua da equipe quando o apoiador intervir em situações que exijam atenção específica de seu núcleo de conhecimento (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Procurando sustentar a diretriz de integralidade proposta pelo SUS, a prática da Clínica Ampliada visar reconhecer aspectos do processo saúde/doença que envolve, além dos aspectos biológicos, aspectos singulares do processo de adoecimento do indivíduo e do coletivo. O trabalho em saúde, tendo como concepção a Clínica Ampliada, amplia as possibilidades de resolubilidade fortalecendo o cuidado integral do sujeito e família no contexto em que estão inseridos (CUNHA, 2005).

Finalmente, com vistas a organizar as ações em saúde, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como estratégia, tendo como elemento central a singularidade, podendo ser aplicado ao indivíduo, famílias ou grupos. Esse projeto é discutido e planejado durante reuniões de equipe e atendimentos compartilhados junto com o sujeito/família que tem autonomia e co-responsabilidade nessa construção. O PTS é composto por: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (OLIVEIRA, 2008).

No que diz respeito especificamente à entrada e aos desdobramentos da entrada da Psicologia nos NASF, entende-se que, para a Psicologia, a implementação do SUS (nos seus mais variados espaços e graus de complexidade) foi um marco importante na consolidação da Saúde Pública como espaço de prática, formação e referência profissional para a categoria. Os psicólogos adentram no SUS sob a bandeira de uma profissão da área da saúde comprometida socialmente e potencialmente capaz de lidar com a demanda da população pobre (SPINK, 2007).

Embora não haja dúvida quanto à importância do campo da saúde para a atuação profissional do Psicólogo, as avaliações de sua prática profissional apontam uma série de críticas quanto às atividades realizadas. Entre as principais estão o desenvolvimento da clínica tradicional/elitista como estratégia principal de trabalho, a dificuldade em delimitar o papel do psicólogo na Saúde Pública, a desconsideração das questões sociais, a incongruência entre a tradição intervencionista e adaptativa da profissão versus as exigências do SUS por ações multiprofissionais, preventivas e comunitárias (DIMENSTEIN, 2000; YAMAMOTO, 2003; VASCONCELOS, 2004).

Dessa maneira, para a Psicologia, as características de sua atuação no SUS, e mais especificamente as demandas da atenção básica, ferem diretrizes e princípios fundamentais do sistema, tais como o trabalho em equipe, a promoção à saúde, a prevenção de doenças, entre outros aspectos. É claro que o SUS precisa delimitar mais claramente quais são de fato os papéis das outras profissões que participam da atenção básica, entre elas o psicólogo. A deficiência na formação na graduação em relação às possibilidades de atuação nas políticas públicas em geral, aliada a uma falta de clareza sobre o papel a ser desempenhado na atenção básica em específico, é um fator adicional na “inadequação” do trabalho do profissional Psicólogo (DIMENSTEIN, 1998; YAMAMOTO, 2003).

Os psicólogos têm atuado na atenção básica desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares (DIMENSTEIN, 1998). Hoje, seu papel amplia-se, passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis. Obviamente que a discussão sobre a inserção das práticas psicológicas não só nas políticas de atenção básica à saúde, como também nas políticas públicas em geral, vem acontecendo de forma crescente, a ocupação destes espaços sociais e políticos necessita de intensos questionamentos e problematizações dentro do âmbito acadêmico.

3 – Procedimentos Metodológicos

É importante destacar que os dados aqui apresentados fazem parte de pesquisas ainda em desenvolvimento no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP. Duas dessas pesquisas são do âmbito de Mestrado (Fernanda de Oliveira e Priscilla Cavini) e uma de âmbito de Doutorado (Willian Tito Maia Santos).

3.1. Métodos de Pesquisa

Como cada autor desenvolve sua pesquisa a partir de métodos diferentes, é importante apresentar cada uma delas:

A pesquisadora Fernanda de Oliveira apresenta uma reflexão crítica de sua experiência profissional junto à equipe NASF. Esta reflexão tem como consequência o

desenvolvimento de sua pesquisa. A autora deu início, este ano, a uma investigação de caráter exploratório e descritivo tendo como proposta a realização de um estudo de caso. Os sujeitos desta pesquisa compreendem os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde, situada no bairro de Guaianazes, região leste do município de São Paulo. A coleta de dados está em seu início e compreenderá a observação de reuniões de equipe entre ESF e NASF, realização de Grupos Focais com profissionais da ESF e NASF, bem como a análise de prontuários de sujeitos/famílias acompanhados a partir de uma queixa relacionada à Saúde Mental.

Utiliza-se, igualmente, a observação participante como forma de auxiliar “a vinculação dos fatos às suas representações e as contradições entre as leis e sua prática, através das próprias contradições vivenciadas no cotidiano do grupo” (MINAYO, 2000, p.146). Diante disso, pretende-se a observação de reuniões de equipe da ESF e do NASF para a compreensão relacionada à maneira como se constroem as intervenções e práticas em Saúde Mental. Pretende-se observar quais os profissionais envolvidos na discussão e quais as ações propostas pelos profissionais. O Grupo Focal, técnica em pesquisa qualitativa, tem sido muito utilizado em investigações e discussões na área da saúde, educação e ciências sociais, com o propósito de Acompanhar e avaliar experiências, práticas e serviços, a partir da perspectiva dos sujeitos neles envolvidos (WESTIPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996).

A pesquisadora Priscilla Cavini se propõe a refletir sobre a experiência de implantação e atuação do NASF em Cidade Ademar, região sul do município de São Paulo. Utilizou para isso Grupos Focais com uma das equipes que compõem uma Unidade Básica de Saúde nesta região, envolvendo alguns dos profissionais que atuam nesta unidade (médica, enfermeira e agentes comunitários de saúde).

O pesquisador Willian Tito Maia Santos está no início de sua investigação e está lançando mão de entrevistas semi-estruturadas, tanto em relação aos Psicólogos como aos outros profissionais atuantes nos NASF e nas equipes de saúde da família ligadas a estes núcleos. Esta pesquisa vem sendo realizada na região do recôncavo da Bahia (localizada ao redor da Baía-de-Todos-os-Santos, que congrega, entre outras, as cidades de Santo Antônio de Jesus, Cruz das Almas, Cachoeira e Amargosa).

Está sendo realizado um mapeamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família existentes na região do Recôncavo da Bahia. Esse mapeamento é realizado a partir de um georreferenciamento, onde, a partir de contato com a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, e mais especificamente com a Gestão da Atenção Básica ligada à mesma, está sendo feito levantamento dos núcleos via Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

4 – Resultados e Discussões

A pesquisa de Priscilla Cavini apresenta um relato de experiência da atuação do NASF, na região de Cidade Ademar, Sul do município de São Paulo, como apoiador das articulações necessárias entre Estratégia Saúde da Família ESF-NASF, Centro de Atenção Psicossocial–CAPS e Núcleo Integrado de Reabilitação NIR, reconhecendo tais atores como co-responsáveis pela saúde de um território comum.

Com a chegada do NASF no território e suas diversas categorias profissionais, houve o aumento de ações de promoção, prevenção e cuidados desempenhadas pela ESF. Por outro lado, fez-se necessário rearranjo na assistência dos referidos serviços de referência – CAPS e NIR. Pois, com este novo cenário, muitas das ações, antes realizadas por eles, são agora desenvolvidas pela ESF, de forma a se poder reservar aos serviços de referência os casos mais complexos que necessitem do atendimento especializado.

Várias ações e pactuações foram desenvolvidas entre as equipes de saúde e os gestores dos diferentes serviços envolvidos no sentido de coordenar e otimizar o cuidado oferecido pelos serviços de um território comum. Dentre as ações assistenciais, com a chegada dos novos profissionais do NASF, foi necessária a revisão das práticas ofertadas até então, bem como a realização de novas ações mais próximas às necessidades dos usuários, como: grupos terapêuticos, educativos e oficinas em saúde mental, práticas corporais, visitas domiciliares; ações de capacitação às equipes de saúde da família: discussão de casos, atendimentos compartilhados e capacitações temáticas. Em relação às ações estratégicas e de gestão foi possível a construção de protocolos e fluxos unificados de assistência que garantam o acesso e a complementaridade das ações entre os serviços, melhorias no sistema de comunicação e de referenciamento e contra-referenciamento entre os serviços, através do monitoramento e qualificação das guias de encaminhamento, implantação de comunicação eletrônica (e-mail) entre as equipes, principalmente para os casos mais

urgentes de reabilitação em que o tempo para os primeiros atendimentos interfere diretamente no prognóstico dos casos, além de reuniões periódicas entre os serviços. Ainda é importante citar as ações intersetoriais no território, ou seja, a articulação com outras instituições, além da área da saúde, como escolas, creches, conselhos tutelares que frequentemente costumam encaminhar casos para os serviços de saúde. Este trabalho foi desenvolvido através da potencialização das visitas institucionais e articulações intersetoriais desenvolvidas principalmente pelas equipes NASF com o objetivo de integrar o território.

Após dois anos de implantação das equipes NASF, apresentamos algumas constatações que indicam a formação de uma rede de serviços mais integrada na região e com melhores condições de promover ações integrais à população. Primeiramente, constatou-se que as equipes de saúde da família apresentaram maior grau de resolutividade para os casos de saúde mental e reabilitação física, com o apoio dos novos profissionais e com a criação de novas estratégias de atendimento, pois houve queda nos encaminhamentos para os serviços de referência de saúde mental e reabilitação física, CAPS e NIR, respectivamente, já que o acesso e as possibilidades de cuidado no território aumentaram.

Outro resultado importante é a constatação de que, para os casos que precisam ser encaminhados, a comunicação entre os serviços melhorou significativamente, pois as guias de encaminhamentos e contra-referências estão mais qualificadas, contendo mais informações e indicando necessidades já identificadas. Este ato aparentemente simplista carrega grande responsabilidade, pois tem implicações importantes como a de assegurar a priorização de demandas urgentes como o aumento do acesso no cuidado a bebês de risco, por exemplo. A qualificação e coordenação da atenção em reabilitação física também puderam contribuir para o aumento da identificação de casos que necessitavam de solicitações de órteses, próteses e cadeiras de roda, o que significa possibilidade de resgate da autonomia e melhoria de qualidade de vida destas pessoas. No que se refere à Saúde Mental houve claros avanços, como o incremento de ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde, inclusive ações para a desestigmatização da loucura no território. Além disso, a integração com o CAPS pôde proporcionar experiências interessantes de grupos de alta e inserção neste serviço, realizados em conjunto por profissionais dos diferentes equipamentos (CAPS e NASF). Ações como estas contribuem para a continuidade do cuidado e do projeto terapêutico do paciente de saúde mental que costuma se perder pelas andanças entre os serviços.

Sendo assim, a partir desta experiência podemos apreender que, embora as equipes de apoio matricial não pretendam ser especialidades dentro da Estratégia Saúde da Família, elas ampliam os olhares para a inclusão da saúde mental e da reabilitação física na atenção primária, tanto para promoção, prevenção, como nos cuidados, na medida em que reconhecem as necessidades e articulam ações de forma sinérgica entre os serviços, de forma a praticar modelos sustentáveis de saúde pública com vistas à redução da fragmentação das práticas, buscando a integralidade da atenção.

Com relação à pesquisa em desenvolvimento pela pesquisadora Fernanda de Oliveira, observa-se que antes da implantação do NASF existiam, na região de Guaianases, duas equipes que trabalhavam com a proposta do Apoio Matricial: O Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e uma Equipe de saúde Mental.

O NIR, responsável pelas ações de reabilitação física e neurologia, é composto pelos seguintes profissionais: Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Fonoaudiólogo. Esses profissionais atendiam no ambulatório e apoiavam as UBS de Saúde da Família durante a semana.

A Equipe de Saúde Mental era composta por Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais que atendiam os casos de maior complexidade em ambulatório dois dias da semana e matriciavam as UBS com ESF três dias da semana. Essas equipes tinham como objetivos realizar atendimentos e desenvolver atividade de prevenção e promoção de saúde.

Em Fevereiro de 2009 foi implantado o NASF na região. Foram implantadas três equipes em Guaianases para apoiar o total de 15 USF sendo cada equipe responsável por acompanhar 10 a 13 equipes de saúde da família.

No contexto de implantação do NASF as Unidades estavam na seguinte situação: número elevado de filas de espera para encaminhamentos para especialidades como: psiquiatria, neurologia, ortopedista, entre outros; dificuldades em estabelecer a proposta de referência e contra-referência, ou seja, muitos pacientes eram encaminhados sem uma avaliação prévia satisfatória e muitas vezes, deixando de serem acompanhados pela ESF para continuidade dos cuidados, outras vezes após o encaminhamento não se sabia se as pessoas tinham acessado outros serviços, se haviam sido atendidos, se haviam recebido alta sendo, desta forma, contra-referenciados; ausência de vagas para especialidades, muitos absenteísmos, problemas mais graves não resolvidos.

Desta forma a equipe NASF foi chamada para apoiar a ESF nestas situações mais emergenciais. No contexto de implantação do NASF na região foram verificados alguns entraves para o desenvolvimento de ações interdisciplinares no campo da saúde mental:

1) Choque de expectativas.

Na ocasião da implantação do NASF não foram realizadas oficinas nem algo que pudesse esclarecer as proposições do NASF e forma de trabalho. Desta forma as equipes de saúde da família sabiam apenas que profissionais de diversas categorias seriam agregados ao trabalho da ESF.

Neste sentido, havia uma expectativa dos profissionais da ESF de que o NASF ofereceria possibilidades de atendimento ambulatorial para a população. Havia uma esperança de encaminhamento direto para esses especialistas, sem que houvesse necessidade de encaminhar para serviços de referência que se encontravam extremamente sobrecarregados o que gerava enormes filas de espera para atendimento especializado, principalmente na área da saúde mental.

Os profissionais do NASF, recém contratados, em sua maioria, receberam um curso preparatório de uma semana que envolvia a leitura e discussão das diretrizes, das ferramentas, reconhecimento do território (UBS, serviços de saúde e equipamentos sociais da região), entre outros. Desta forma, esses profissionais tinham maior esclarecimento sobre a proposta de trabalho do NASF e que não coincidia com as demandas que as equipes traziam. Daí, o choque de expectativas. Esse choque resultou, em alguma medida, na dificuldade de integração do trabalho entre as equipes.

2) Ações fortemente engajadas em atendimentos individualizados, mesmo quando reconhecidas e valorizadas as necessidades de intervenções interdisciplinares com foco no sujeito, sua família e seu contexto.

Isso se relaciona em parte pelas metas que acabam sendo estabelecidas individualmente para cada profissional. Além disso, sabe-se que no Brasil, historicamente, as ações de cuidado individuais em saúde foram priorizadas em detrimento de ações interdisciplinares.

Assim, os médicos têm que realizar consultas individuais, o enfermeiro realizar procedimentos e grupos, o Agente Comunitário de Saúde atingir as metas de visitas, preencherem as fichas, entre outras ações.

Com relação às reuniões de equipe, observa-se, na maioria das vezes, que são esvaziadas, com poucas discussões de casos e alguns informes. Os médicos nem sempre participam, ficam atendendo. Além disso, observava-se a presença de concepções

diversas sobre saúde e doença e sobre saúde mental, alguns profissionais relatavam insegurança ao trabalhar no limite do não saber sobre outras especialidades, como informações nutricionais por exemplo.

Com a implementação do NASF e a entrada de novas categorias profissionais para o desenvolvimento de ações, houve a inserção de novas formas de pensar os cuidados em saúde. O NASF propõe pensar a saúde e doença como processo determinado por condições histórico-sociais, oferecer apoio técnico assistencial, apoio matricial, propor construção de novas formas de intervir em saúde, auxiliar na qualificação de discussões de casos, na eleição de prioridades, estruturar novas formas de intervir na saúde da comunidade, do coletivo, desenvolver ações intersetoriais, entre outros.

Para enfrentar alguns dos desafios de implantação dessas equipes em novembro de 2009 foi realizado na região, através da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) em parceria com as Organizações Sociais responsáveis pela gestão dos serviços de saúde da região, o desenvolvimento de oficinas para discussão e desenvolvimento da integração das equipes ESF e NASF.

Após a realização dessas oficinas, foi possível observar que, se não havia melhor integração, havia maior compreensão sobre a proposta de trabalho do NASF, o que parece ter facilitado a relação entre as equipes.

Outra iniciativa de integração entre as equipes na região da Guaianases foi a proposição de realização de Educações Permanentes a serem oferecidas não para categorias profissionais específicas, mas para diferentes profissionais da mesma Unidade. Dessa forma, as Educações Permanentes passaram a ser programadas por temas e não por especificidades profissionais.

Importante ressaltar que o enfrentamento das dificuldades referentes à articulação das ações entre a ESF e NASF se desenvolveu e se desenvolve, mais intensamente, no cotidiano do trabalho em equipes. As reuniões de equipe, o atendimento individual compartilhado, os atendimentos em grupos desenvolvidos de maneira conjunta entre diferentes profissionais, as visitas domiciliares compartilhadas, entre outros, foram e ainda são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar na atenção básica.

A pesquisa de Willian Tito Maia Santos caminha no sentido de vislumbrar de que maneiras as inserções concretas dos psicólogos estão se dando nos NASF da região do recôncavo da Bahia. De forma geral, a pesquisa aponta que a inserção do Psicólogo na

atenção básica do SUS transparece um profissional inseguro e sem parâmetros para suas intervenções (mesmo no âmbito da legislação específica).

Dessa forma, muitas de suas ações não se adequam aos princípios propugnados pelo SUS na atenção básica (tal como uma intervenção multiprofissional, comunitária e que foque suas ações na prevenção e na promoção da saúde). Todavia, uma dificuldade encontrada aponta um descompasso entre aquilo que de fato está sendo feito por psicólogos nas unidades de saúde e as expectativas dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família (ESF) em relação ao trabalho do psicólogo. As equipes de saúde da família demandam atendimentos ambulatoriais e individuais, enquanto os psicólogos, pela própria característica do trabalho do NASF, tendem a realizar atividades em grupo e a partir de práticas matriciais. Todavia, é nítido que uma formação que direciona o trabalho do psicólogo eminentemente para a ação clínica acaba deixando também o profissional perdido sobre quais caminhos seguir. Isso acaba implicando em uma dificuldade de um apoio concreto e de qualidade junto a essas equipes e também junto às famílias atendidas.

5 - Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Básica, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA 154 de 24 de janeiro de 2008.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública: RJ, Fevereiro, 2007.

CUNHA, G.T. A Construção da Clínica Ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo em Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia. 3 (1), 53-81, 1998.

DIMENSTEIN, M. D. B. A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: Implicações para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. Estudos de Psicologia, 5(1), 95-121, 2000.

MINAYO, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

NORONHA, J. C., & LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In R. Guimarães & R. A. W. Tavares (orgs.). Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80 (pp.73-111). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA MICRORREGIÃO CIDADE TIRADENTES/GUAIANASES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SANTA MARCELINA. Nossas unidades. Disponível em <www.aps.santamarcelina.org/aps/guainases.asp>. Acessado em: 02 de jan. 2011.

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

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, L. R. Ações de Saúde Mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p. 477-486, 2009.

YAMAMOTO, O. H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso social da Psicologia. In A. M. B. Bock. (org.) *Psicologia e o Compromisso Social*. (pp. 37-54). São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos até quando? Os psicólogos e o campo da Saúde Mental Pública no Brasil nas duas últimas décadas. *Mnemosine*, 1(0), 108-134, 2004.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. & FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: *Boletim da Oficina Sanitária do Paraná*. Vol. 120, n. 6: p.472-482, 1996.