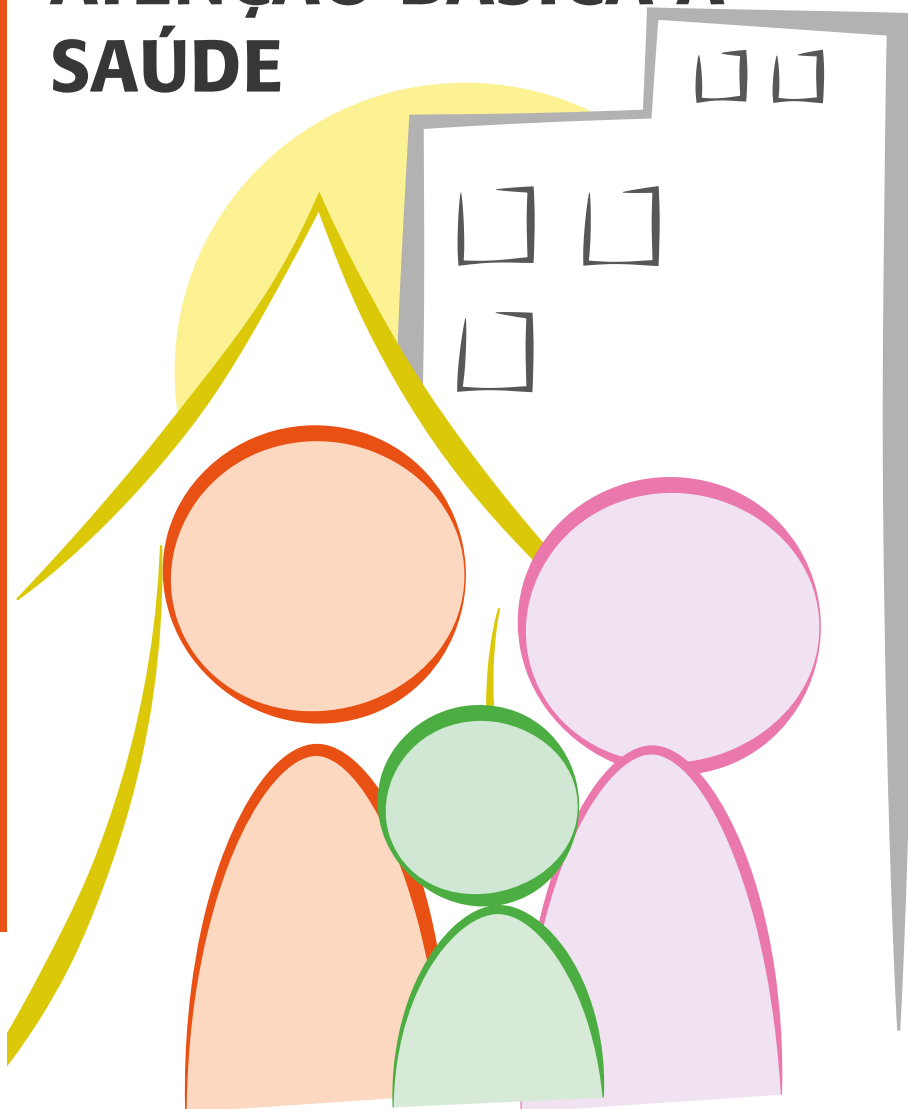


A PSICOLOGIA E O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

© 2021, Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Revisão ortográfica e gramatical: Anderson Geraldo Teixeira Floriano

Projeto e edição gráfica: Anderson Geraldo Teixeira Floriano

Impressão: Global Print Editora Gráfica Eireli

Tiragem: 1.000 exemplares

Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais

Rua Timbiras, 1.532, 6º andar, Lourdes

CEP: 30.140-061 – Belo Horizonte/MG

Telefone: (31) 2138-6767

www.crpmg.org.br / crp04@crp04.org.br

Ficha catalográfica

P974 A psicologia e o trabalho na atenção básica à saúde / Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG), Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop/CRP-MG), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). -- Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais, 2021.

181 p.

Inclui referências.

ISBN: 978-65-89729-01-3

1. Psicologia Social. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Assistência Social. I. Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CRP-MG). III. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

CDD: 362.2

Organizadores

Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop/CRP-MG)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Comissão de Elaboração

Equipe Técnica de Referência Crepop:

Leiliana A. de Sousa
Luciana M. S. Franco

Colaboradoras/es Especialistas:

Cláudia Natividade
João Leite Ferreira Neto
Márcia M. Rodrigues Ribeiro
Marconi Moura Fernandes
Sabrina Martins Barroso

Estagiárias

Clarisse Eliane Xavier Gomes
Déborah David Pereira
Géssica Claudino Alves
Rafaela Alves Marinho

Conselheiras responsáveis

Cláudia Natividade
Flávia Gotelip C. Veloso
Odila M. F. Braga

Gerência Técnica

Flávia Santana da Silva

A PSICOLOGIA E O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

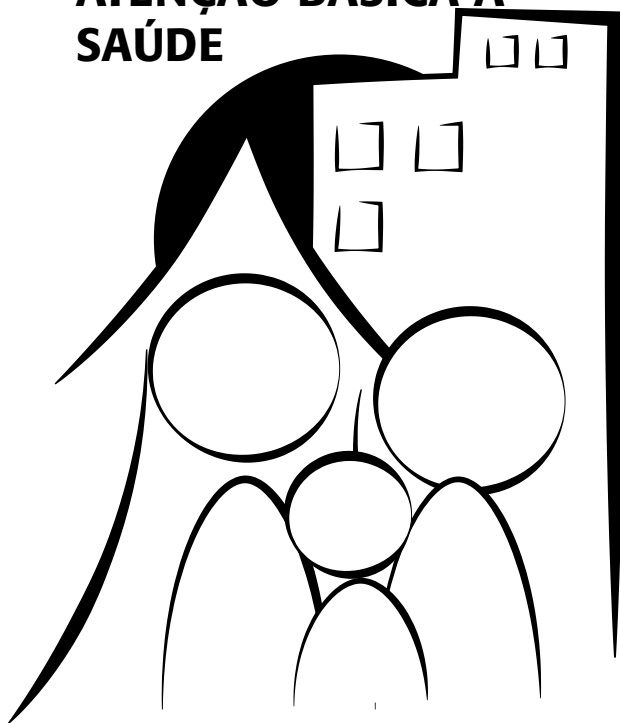
Belo Horizonte
CRP-MG



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

2021

**A PSICOLOGIA
E O TRABALHO NA
ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE**



Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais
XV Plenário (Gestão 2016-2019)

CONSELHEIRAS/OS

Aparecida Maria de Souza Cruvinel
Cláudia Natividade
Dalcira Ferrão
Décio Fernando Pereira
Eliane de Souza Pimenta
Eriane Sueley de Souza Pimenta
Érica Andrade Rocha
Ernane Maciel
Felipe Viegas Tameirão
Felippe de Mello
Flávia Gotelip
Leila Aparecida Silveira
Letícia Gonçalves
Madalena Luiz Tolentino
Marcelo Arinos
Márcia Mansur
Mariana Tavares
Marília Fraga
Odila Maria Fernandes Braga
Reinaldo Júnior
Paula Khoury
Rita Almeida
Robson de Souza
Roseli de Melo
Solange Coelho
Stela Maris Bretas Souza
Vilene Eulálio
Túlio Picinini
Waldomiro Salles
Yghor Gomes

XIV Plenário (Gestão 2013-2016)

André Amorim Martins
Anna Christina da Cunha Martins Pinheiro
Aparecida Maria de Souza Borges Cruvinel
Celso Renato Silva
Cláudia Aline Carvalho Espósito
Cláudia Natividade
Dalcira Pereira Ferrão
Deborah Akerman
Délcio Fernando G. Pereira
Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza
Eliane de Souza Pimenta
Elizabeth de Lacerda Barbosa
Eriane Sueley de Souza Pimenta
Érica Andrade Rocha
Felipe Viegas Tameirão
Helena Abreu Paiva
Leila Aparecida Silveira
Madalena Luiz Tolentino
Marcus Macedo da Silva
Maria da Conceição Novaes Caldas
Maria Márcia Bicalho Noronha
Maria Tereza de Almeida Granha Nogueira
Marília de Oliveira
Marisa Estela Sanabria Bourman
Odila Maria Fernandes Braga
Ricardo Figueiredo Moretzsohn
Roberto Chateaubriand Domingues
Sandra Regina de Souza
Stela Maris Bretas Souza
Túlio Louchard Picinini Teixeira

**O CRP-MG agradece às/aos psicólogas/os
participantes pela disposição em colaborar com a
pesquisa e a elas/eles dedica este livro.**

Sumário

APRESENTAÇÃO _____	11
1. INTRODUÇÃO _____	15
2. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA _____	27
2.1. A PNAB e a realidade no trabalho _____	27
2.2. A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E O ENFOQUE NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE _____	33
2.3. Capacitação _____	37
2.4. A Psicologia na equipe mínima da UBS _____	43
3. TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR _____	47
3.1. Integração da Equipe _____	48
3.2. A medicina na Equipe _____	57
3.3. As/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) na equipe _____	60
3.4. Expectativa da equipe de saúde quanto ao lugar da/o psicóloga/o _____	64
4. TRABALHO EM REDE _____	69
4.1. Fluxo da rede: referência e contrarreferência e apoio matricial _____	70
4.2. Outras estratégias de articulação _____	77
5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS _____	87
5.1. Inserções de trabalho _____	92
5.1.1. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) _____	92
5.1.2. Unidade Básica de Saúde (UBS) _____	96
5.1.3. Equipes de Consultório na Rua _____	98
5.2. Referenciais teóricos _____	99
6. CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DA/O PSICÓLOGA/O NA ABS _____	111

6.1. Questões institucionais, políticas e partidárias _____	112
6.2. Recursos, ambiente e instrumentos de trabalho _____	123
6.3. Remuneração, carga horária e tipos de vínculo _____	132
6.4. Especificidade em municípios de pequeno porte _____	144
7. DIMENSÕES AFETIVAS DAS PRÁTICAS _____	153
8. QUESTÕES ÉTICAS _____	163
9. PARTICIPAÇÃO POLÍTICA _____	183
10. ATUAÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL E MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS _____	191
11. CONSIDERAÇÕES _____	199
REFERÊNCIAS _____	207
ANEXO _____	221
LISTA DE SIGLAS _____	237
LISTA DE TABELAS _____	241



APRESENTAÇÃO

Em tempos de tamanho desmonte da política pública de saúde – quicá de todo o modelo de cuidado e de atenção –, dos direitos sociais e humanos, a presente pesquisa vem problematizar a inserção das/os psicólogas/os e suas condições de trabalho na Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. Árduo desafio, já que assistimos diariamente os ataques perversos e irreversíveis à potência e à rede do SUS em nosso país.

Entre 2014 e 2015, a Comissão de Psicólogas/os da Saúde do CRP-MG, em diversas oportunidades, esteve em contato com profissionais atuantes na Atenção Básica em Saúde, por meio de encontros, fóruns de discussão, rodas de conversa, num esforço de ampliar a aproximação com colegas psicólogas/os residentes em cidades com menos oportunidades de contato direto com o Conselho Regional, potencializando assim um dos objetivos de interiorização de suas ações. Estas rodas de conversa se refletiam também nos encontros mensais da Comissão de saúde do CRP-MG, trazendo para o debate a necessidade de ouvir essas/es psicólogas/os, e poder oferecer-lhes uma compreensão ampliada de suas necessidades e angústias vivenciadas no trabalho na Atenção Básica em Saúde.

Os desafios enfrentados eram (e ainda são) inúmeros, tais como a mudança de um modelo de atendimento tradicional conhecido de psicólogas/os, como o atendimento especializado ou o atendimento clínico privado, para um modelo que exige de todas/os um novo olhar sobre as pessoas, sob diferentes formas de cuidados, de caráter territorializado executado por equipes multiprofissionais, visando a atenção integral.

Também ouvimos muitas outras questões, relativas ao desafio na relação com gestores, coordenadores e gerentes de unidades de Atenção Básica; o desafio do cotidiano com as equipes de Estratégia da Família e a construção de uma relação com seus membros,

especialmente as/os agentes comunitários de saúde; a falta de capacitação; os baixos salários; a inadequação dos currículos dos cursos para formar para o trabalho nas políticas públicas, gerando os mais diversos sentimentos, tanto entre as/os profissionais mais jovens, quanto entre aquelas/es já mais experientes e inseridos na política de Saúde, desde antes da implantação da política de Atenção Básica.

Era preciso, portanto, por meio do CRP-MG, encontrar formas de diálogo e construção coletiva para enfrentarmos as questões colocadas e encaminharmos reflexões úteis ao trabalho da Psicologia na Atenção Básica, para todas/os os colegas de Minas Gerais. Diante disso, a Comissão de Psicólogas da Saúde (CRP-MG) – composta à época por André Amorim Martins, Áquila Bruno Miranda, Conceição Pereira Rezende, Eduardo Ornellas de Oliveira, Elizabeth de Lacerda Barbosa, Eriane Sueley de Souza Pimenta, Lourdes Aparecida Machado, Márcia Maria Rodrigues Ribeiro, Marcone Moura Fernandes, Marcus Macedo, Maria da Conceição Novaes Caldas, Maria Tereza de Almeida Nogueira e Odila Maria Fernandes Braga, entre outros – decidiu levar ao XIV Plenário do CRP-MG a proposta de execução de uma pesquisa regional com as psicólogas (os) que atuavam nesse nível de atenção à saúde, por estarmos convictas/os da necessidade de enfrentarmos os problemas, dúvidas das/os colegas e participarmos da construção de nosso trabalho nesta área da saúde, sendo esse ainda bastante novo para muitas/os profissionais.

Diante da tarefa de execução da pesquisa, a equipe do Crepop/CRP-MG responsabilizou-se prontamente por fundamentar metodologicamente a natureza qualitativa do encontro e do conhecimento produzidos junto de nossa categoria. E para conferir-lhe ainda maior solidez, buscamos uma parceria com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, encontrando nesta, apoio e receptividade. A participação da UFTM no processo de investigação e construção metodológica – que teve como referência a Professora Sabrina Martins Barros – foi fundamental para o desenvolvimento de uma



pesquisa com abrangência e representatividade dos dados.

Estamos convencidos de que, apesar do tempo transcorrido e das bruscas mudanças pelas quais vem passando a Saúde em nosso país e especificamente também, a Atenção Básica, poderemos vislumbrar claramente o que se passava quatro anos atrás, quando a pesquisa foi realizada, comparando estas informações com os avanços que vínhamos alcançando – por exemplo, o avanço na formação multiprofissional – com o atual quadro de propostas legislativas que apontam para uma mudança total de rumos nesta política pública. Nesse quesito, podemos destacar as mudanças que se referem ao orçamento geral para as políticas públicas, impedido de qualquer expansão no teto de gasto público através da mudança constitucional da EC 95/2016, cujas consequências já são claras em todos os campos da Saúde. Cabe ainda lembrar a mudança nos blocos de financiamento, que tinham destinações específicas para a Atenção Básica, e se viram desfigurados pelo pagamento em dois blocos (investimento e custeio) para os fundos dos municípios, ensejando liberdade indevida aos gestores para utilizarem esses recursos. Dessa forma, entendemos que esta pesquisa tem, nesse momento, seu valor histórico acrescido, como registro.

Todas/os as/os profissionais que tiverem acesso ao presente texto, atuando ou não na Atenção Básica, poderão compreender o que representa esse esforço de construção de um trabalho, realizado por muitas mãos e absolutamente novo, no sentido de que comporta uma mudança paradigmática no fazer da Psicologia, a partir do momento em que focou seu olhar numa Psicologia de caráter comunitário, de atenção integral na porta de entrada do sistema SUS. Devemos a todas/os colegas que atuam na Atenção Básica a tarefa assumida de transformar esta mudança em realidade com os ônus e bônus que significa, inclusive, como poderão observar no texto que lerão a seguir, o peso emocional da responsabilidade de atuar numa trincheira nova. Nosso reconhecimento a todas/os.

O CRP-MG se orgulha de poder concluir mais esta tarefa, devida às/aos psicólogas/os de Minas Gerais. A Comissão de Psicólogas da Saúde do XV Plenário, que tem também entre seus participantes, profissionais que acompanharam este processo desde o início, convida a todas/os que se interessam pelo tema, a acompanhar o trabalho e prosseguir na tarefa de construir – e recuperar – a política de Atenção Básica no país. Boa leitura!

-Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

-Marcone Moura Fernandes

-Odila Maria Fernandes Braga



1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990a), apresenta-se como um campo de prática expressivo para a categoria das/os psicólogas/os brasileiras/os por ser um dos mais importantes empregadores destas/es no país. Estima-se mais de 30 mil profissionais atuando nessa área (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012a). Nesse sentido, destaca-se a relevância de estudos que procuram ampliar o conhecimento e refletir acerca do fazer profissional da/do psicóloga/o na saúde pública.

Por meio do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), o Sistema Conselhos de Psicologia realizou, em 2009, uma pesquisa sobre a atuação de psicólogas/os na Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil. Neste estudo, foram apontados inúmeros desafios encontrados pelas/os psicólogas/os no desenvolvimento do trabalho. Eram dificuldades que perpassavam diversos aspectos: inadequação das práticas psicológicas às novas concepções de saúde e doença e aos novos modelos de cuidado à saúde da população, falta de ajuste dos cursos de graduação para a atuação no contexto do SUS, ausência de condições adequadas de trabalho e das políticas públicas, entre outros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010a).

As questões identificadas por essa pesquisa foram objeto de debate em eventos promovidos pela Comissão de Psicólogas/os da Saúde do XIV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP-MG). As discussões sinalizaram a necessidade de realização de um novo estudo sobre a atuação de psicólogas/os na ABS, dessa vez com enfoque no âmbito do estado de Minas Gerais e com a intenção, apesar de não ser um estudo comparativo de refletir como essas questões compõem o cenário atual.

A pesquisa “A atuação de psicólogas/os na Atenção Básica à Saúde em Minas Gerais” foi conduzida pelo CRP-MG, por meio do Crepop, em parceria com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), por intermédio do Departamento de Psicologia. O objetivo geral era compreender a percepção de psicólogas (os) acerca de sua inserção na ABS no estado. Além disso, procuramos traçar um perfil dessas/es profissionais, verificar se as práticas estão sendo realizadas em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e analisar as dificuldades e potencialidades do campo identificadas pelas/os psicólogas/as. A intenção era coletar informações que subsidiem o ordenamento de ações do CRP-MG, no sentido de contribuir para a qualificação e para o aprimoramento da atuação profissional na ABS.

O SUS, influenciado pelos princípios da Reforma Sanitária, é baseado nos referenciais de integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade e participação social. Esses referenciais se integram visando construir uma rede de promoção, prevenção e tratamento para agravos de saúde (IGLESIAS; AVELLAR, 2016). Internacionalmente, convencionou-se chamar de Atenção Primária à Saúde (APS) a estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas. No Brasil, no entanto, a adoção de um modelo assistencial baseado na universalidade e integralidade da atenção à saúde, leva o SUS a utilizar denominação diferenciada: Atenção Básica à Saúde (MATTA; MOROSINI, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece as diretrizes e normas para organização da ABS e traz uma definição desse nível de atenção:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tra-



tamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. [...] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p 19-20).

A ABS estrutura-se prioritariamente a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – composta por Equipes de Saúde da Família (eSF) – e está presente nos territórios por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam as Equipes de Atenção Básica (eAB) – que podem ser eSF ou outra modalidade de equipe. Além disso, a PNAB prevê eAB para populações específicas, as Equipes do Consultório na Rua (eCR) e as Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense. Há também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja equipe deve trabalhar de forma integrada e apoiando as eAB (BRASIL, 2012a). No contexto específico do Sistema Prisional, está prevista a oferta de atenção básica à saúde a partir das equipes de Atenção Básica Prisional (eABp) (BRASIL, 2014a). Já no contexto das medidas socioeducativas, prevê-se que cada unidade de internação tenha como referência uma eAB ou, nos casos em que a própria unidade tenha sua equipe de saúde, esta deve se articular com uma eAB objetivando inserir as/os adolescentes na rede (BRASIL, 2014b).

Para identificar as/os psicólogas/os que atuam na ABS em Minas Gerais, cruzamos as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), fornecidas pela Coordenação Geral de

Sistemas de Informação (CGSI) do Ministério da Saúde (MS), com as do sistema de cadastro de psicólogos/os do CRP-MG. O CNES nos forneceu dados referentes aos estabelecimentos de saúde (nome, telefone, endereço e *e-mail*) e o nome das/os psicólogas/os que atuavam nestes; e o sistema de cadastro de psicólogos/os do CRP-MG nos permitiu descobrir os contatos (telefone, *e-mail* e endereço) dessas/es profissionais. Obtivemos, então, uma lista de 1629 psicólogas/os da ABS do estado, trabalhando em UBS, eCR, NASF e no Sistema Prisional.

A pesquisa teve caráter quantitativo e qualitativo, com a utilização de questionário estruturado e de grupos focais (GF). O questionário foi disponibilizado *on-line*, por meio da base *SurveyMonkey* – um programa de questionários e pesquisas via *internet* –, e continha perguntas relacionadas aos aspectos sociodemográficos, atuação profissional, referencial teórico, vínculo de trabalho, atividades desenvolvidas, realização de capacitações, interação com outras/os profissionais, conhecimento da legislação pertinente, contribuições da Psicologia para a ABS e dificuldades enfrentadas (Ver Anexo I). A divulgação foi feita por meio dos veículos de comunicação do CRP-MG – *site* e boletim enviado para o *e-mail* de todas/os as/os profissionais inscritas/os no Conselho – e por folders encaminhados, especificamente, para o *e-mail* das/os psicólogas/os identificadas/os como atuando na ABS.

O questionário permaneceu *on-line* por 89 dias – entre março e maio de 2016 – e obteve o total de 502 respostas. Dessas, foi necessário eliminar as respostas de 16 pessoas que não informaram dados básicos de identificação que permitissem checar sua identidade como psicóloga/o (nome completo e/ou registro profissional) para validar sua autorização para participação: nove estudantes de Psicologia que responderam com relação a estágios na atenção primária, 156 psicólogas/os que preencheram a identificação, mas não responderam as demais perguntas do questionário e 80 profissionais que respon-



deram apesar de não atuarem na atenção básica. A amostra final do estudo, então, conta com a participação de 241 psicólogas/os que atuam na atenção básica à saúde. Feitas as análises de poder amostral, observamos que esse número de profissionais permite chegar a conclusões sobre as/os psicólogas/os atuantes na ABS de Minas Gerais com 80% de segurança.

A realização da etapa qualitativa justifica-se pela possibilidade de aprofundamento que esta abordagem oferece, pois permite à/ao pesquisadora/or ser mais flexível, podendo adaptar seus instrumentos e métodos para explorar elementos imprevistos, não estando atrelado a um protocolo de pesquisa que deva permanecer o mais imutável possível. (LAVILLE; DIONNE, 1999). Nessa etapa, entre os meses de junho e agosto de 2015, foram realizados sete grupos focais (GFs), um em cada região geográfica do estado – Central, Centro-oeste, Leste, Norte, Sudeste, Sul e Triângulo – conforme divisão do CRP-MG.

Segundo Kind (2004), o GF adequa-se à investigação qualitativa, apresentando-se como uma entrevista em grupo que, além da escuta de várias pessoas ao mesmo tempo, permite a observação da interação grupal. Assim, pode-se dizer que esta técnica “Tem como objetivo obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de um tema determinado” (KIND, 2004, p. 126).

Cada GF contou com a participação de, no máximo, 10 psicólogas/os selecionadas/os a partir da lista obtida com o cruzamento de dados do CNES e do CRP-MG. Esta seleção procurou seguir o critério de representação de todos os tipos de estabelecimentos ou serviços da ABS e de municípios de diferentes portes, sendo que, dentre as/os participantes, cada uma/um deveria ser de um município diferente. Todas/os as/os participantes receberam ajuda de custo e tiveram suas despesas de deslocamento reembolsadas pelo CRP-MG. Como mostra a Tabela 1, tivemos, no total, a participação de 64 psicólogas/os.

Tabela 1 – Número de participantes (GFs)

GFs	n
GF1	10
GF2	9
GF3	7
GF4	9
GF5	9
GF6	10
GF7	10
7 grupos	64 participantes

Fonte: Dados da pesquisa.

As atividades dos GFs foram gravadas em áudio e degravadas para posterior análise dos dados. Utilizamos a análise temática dos conteúdos – que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou ausência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Estes núcleos de sentido são justamente os temas, isto é, as unidades de significação que se libertam naturalmente do texto analisado. Ainda, há uma tarefa dupla a ser realizada quando se faz este tipo de análise: compreender o sentido da comunicação e desviar o olhar para outra significação. A leitura efetuada não pode e nem deve ser uma leitura “ao pé da letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano (BARDIN, 1995).

A partir dos dados obtidos pelo CNES e do que estabelece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), optamos por convidar, também, psicólogas/os do Sistema Prisional e das medidas socioeducativas. No entanto, a análise dos dados dos GFs leva-nos a perceber que, apesar da atuação destas/es ser preconizada como assistência à saúde, a realidade das prisões e das medidas colo-



ca uma enorme distância entre a prática nesse contexto e o trabalho na ABS. Por isso, os dados referentes a essas atuações são trazidos em um capítulo à parte nesse relatório.

As/os 241 psicólogas/os que compõem a amostra final da avaliação quantitativa, atuam em 166 municípios dos 853 de Minas Gerais, demonstrando que há informações sobre 19,5% dos municípios do estado. Destes municípios, cerca de 60% são de pequeno porte (menos de 100 mil habitantes), por volta de 20% de médio porte (100 a 500 mil habitantes) e também aproximadamente 20% de grande porte (acima de 500 mil habitantes). Os resultados mostram que 80,5% das/os respondentes são mulheres, a maior parte da amostra tem até 40 anos (63,9%) e se auto-identifica como branca (65,1%).

As/Os 64 psicólogas/os que participaram dos sete grupos focais trabalham em 63 municípios diferentes de Minas Gerais, sendo 78,1% mulheres e 59,4% brancas/os. As idades não foram verificadas¹. Na Tabela 2, encontramos as demais informações sobre essas/es profissionais.

1 Alguns dados levantados dentre às/aos participantes do Questionário, não foram levantados junto às/aos participantes dos GFS. Essa discrepância no levantamento dos dados deve-se ao fato de que o Crepop usou para os GFs o seu formulário padrão – que faz parte da diretriz metodológica construída nacionalmente –, o qual as/os participantes preenchem antes do início destes. O questionário *on-line* não tinha o compromisso de acompanhar o referido formulário, pois foi elaborado para ser uma pesquisa mais abrangente, a ser disponibilizada via *internet*.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos (GFs)

Categoria	Variáveis	n	%
Sexo	Feminino	50	78,1
	Masculino	14	21,9
	Total	64	
Raça/cor	Branca	38	59,4
	Parda	21	32,8
	Preta	4	6,3
	não declarada	1	1,6
	Total	64	
Porte da cidade de atuação	Pequeno	36	56,3
	médio	7	10,9
	grande	21	32,8
	Total	64	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao tempo de atuação na atenção básica, 17% das/os psicólogas/os respondentes do questionário atuam na área há menos de um ano, mas uma parcela muito importante (45,7%) tem entre um e quatro anos de atuação, 18,7% estão no serviço entre cinco e 10 anos e 16,2% trabalham na ABS há mais de 10 anos.

Tabela 3 – Tempo de atuação na ABS (Questionário)²

Tempo de atuação	n	%
Até 1 ano	41	17,0
1 a 2 anos	52	21,6
2 a 4 anos	58	24,1
5 a 10 anos	45	18,7
10 a 15 anos	13	5,4

2 A Tabela 3 não contempla as faixas de tempo de atuação de 4 a 5 anos e de 20 a 21 anos. A exclusão desse período é um erro que advém das opções de resposta disponíveis no próprio questionário e que, portanto, não pôde ser sanado na etapa de análise dos dados.



15 anos ou mais	26	10,8
Não responderam	06	2,4
Total	241	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nos GFs encontramos um panorama semelhante: 18,8% atuam na ABS há menos de um ano, mas o maior grupo (59,4%) é composto por aquelas/es que possuem entre um e quatro anos de atuação. Em menor quantidade (9,4%), encontram-se as/os com maior experiência, atuando na ABS há mais de 10 anos.

Tabela 4 – Tempo de atuação na ABS (GFs)³

Tempo de atuação	n	%
Até um ano	12	18,8
1 a 2 anos	19	29,7
2 a 4 anos	21	32,8
4 a 5 anos	1	
5 a 10 anos	5	7,8
10 a 15 anos	2	3,1
15 anos ou mais	4	6,3
Não informado	1	1,6
Total	64	

Fonte: Dados da pesquisa.

Às/Aos respondentes do questionário, perguntamos também sobre o tempo de atuação como psicóloga/o, sem ser especificamente na atenção básica à saúde. Constatamos que a maioria tem mais de cinco anos de atuação (66,4%). Temos 33,6% da categoria com menos de cinco anos.

³ As Tabelas 4 e 5 apresentam o mesmo problema da Tabela 3, não contemplando a faixa de tempo de atuação de 4 a 5 anos.

**Tabela 5 – Tempo de atuação como psicóloga/o
(Questionário)**

Tempo de atuação	n	%
Até 1 ano	16	6,6
1 a 2 anos	27	11,2
2 a 4 anos	38	15,8
5 a 10 anos	75	31,1
10 a 20 anos	46	19,1
21 anos ou mais	39	16,2
Total	241	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nas próximas páginas, discutiremos os dados concernentes tanto ao questionário on-line quanto aos GFs a partir das seguintes categorias: a Política Nacional de Atenção Básica, trabalho em equipe multidisciplinar, trabalho em rede, atividades desenvolvidas, condições e relações de trabalho, dimensões afetivas das práticas, questões éticas, participação política e atuação no sistema prisional e medidas socio-educativas. Destacamos que, ao longo do texto, é apontado quando se trata de informações de um ou outro método de coleta de dados.

Faz-se necessário destacar que entre a coleta dos dados e a conclusão desse trabalho, há uma alteração no contexto político do país que afeta significativamente as políticas públicas, entre elas, o SUS. Nosso cenário atual apresenta-se sob um roteiro cada vez mais antidemocrático, autoritário e de mercantilização de direitos sociais. Com a justificativa de combate à crise econômica, temos assistido a uma séria de medidas que restringem a destinação de recursos para políticas sociais, reduzindo a dimensão pública do Estado e cedendo espaço para a iniciativa privada. Nesse sentido, é emblemática a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, chamada de emenda do “Teto dos Gastos”, que define, por 20 anos, o congelamento da destinação de recursos públicos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).



No que tange a ABS, especificamente, temos a aprovação de uma nova PNAB em 2017, que flexibiliza princípios do SUS, trazendo, entre outros aspectos, “a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p.22). São questões que precarizam o trabalho e comprometem a oferta da assistência à saúde à população e, muito provavelmente, têm impactado a atuação da/o psicóloga/o na ABS. No entanto, como essa alteração conjuntural se dá após a coleta dos dados para essa pesquisa, para a análise destes consideramos os marcos lógicos e legais vigentes à época.



2. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Esta categoria de análise ocupa-se da percepção das/os participantes dos GFs acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). As discussões das/os psicólogas/os sobre essa questão abrangem: os problemas presentes na implantação desta política, a prevenção e a promoção da saúde como princípios orientadores do trabalho, a capacitação e a inclusão da/o psicólogo/o na equipe mínima da Unidade Básica de Saúde (UBS).

2.1. A PNAB E A REALIDADE NO TRABALHO

No questionário on-line, em relação às percepções das/os psicólogas/os sobre as políticas públicas de saúde dos municípios em que atuam, a maioria das/os profissionais considera que estas estão adequadas às necessidades da população (53,1%), mas uma parcela significativa (46,9%) não julga assim. Entre as/os que consideram as políticas inadequadas, as sugestões de mudanças propostas passam por ampliação do número de profissionais e de serviços; políticas de geração de renda para as/os usuárias/os; políticas de redução de danos e reinserção social para dependentes químicos; investimentos na capacitação e valorização das/os profissionais; abolição de indicações políticas para cargos na área da saúde; minoração ou abolição da influência política sobre as políticas municipais de saúde; implantação de políticas de prevenção e promoção de saúde ao invés de focar no adoecimento; e implantação ou melhoramento das formas de verificação da efetividade do serviço, de forma que estas permitam às/aos psicólogas/os ampliarem suas formas de atuação para outras além do modelo clínico, sem prejuízo para o salário das/os profissionais. As análises correlacionais entre as características das/os participantes e sua percepção sobre o nível de adequação das políticas públicas,

permite perceber uma relação estreita entre a formação da/o profissional e esta percepção. As/Os profissionais com maior titulação acadêmica são as/os que consideram as políticas municipais como mais inadequadas.

Em relação aos GFs, em todos os grupos, a coordenadora solicita às/aos participantes que façam uma avaliação a respeito da PNAB. As respostas advindas desse estímulo são unanimemente construídas de forma a ressaltar os equívocos e problemas encontrados na execução dessa política. Observamos que a PNAB em si não é alvo de críticas, sendo elogiada por algumas/ns participantes como “bem-feita, bem produzida, bem pensada, bonita” (Aurélia⁴, GF1), apesar de, no geral, fazerem uma reflexão superficial da política, com algumas/ns psicólogas/os apenas citando aspectos que consideram relevantes – a saber, prevenção e promoção da saúde, equidade e integralidade. Dessa forma, a ideia prevalente é de que “no papel do Governo funciona muito bem, na prática é muito difícil” (Joaquim, GF7).

Certo êxito na implementação da PNAB – relativo ao fato da Estratégia da Saúde da Família fazer-se presente em quase todos os municípios brasileiros – é reconhecido exclusivamente no GF1. Vale observar que este GF envolve cidades de maior porte onde há, devido ao montante de investimentos, dentre outros, uma política qualitativamente mais bem estruturada.

Kênia: A gente tem que agradecer que temos ali um embasamento muito bom. Colocar isso em prática é mais difícil, mas que tá ali organizado de uma forma boa.

Aurélia: É, eu acho que é organizada. Por exemplo, ESFs, a gente vê isso na grande maioria dos municípios.

Coordenadora: Então vocês percebem isso acontecendo...

Kênia: É. Acontece. Sim!

Aurélia: Eu acredito que acontece.

Kênia: A grande maioria do tempo, eu acho que sim.

4 Para preservar o sigilo quanto à identidade das/os participantes, optamos por utilizar nomes fictícios.



Aurélia: A Política de Atenção Primária, ela acontece. Ela poderia acontecer de uma forma melhor, nos termos da Lei. Isso, eu acho que seria o ideal.

As explicações sobre o porquê dessa política não se efetivar na prática versam em torno de quatro motivos – a insuficiência de recursos, a desarticulação da rede, o fato da PNAB não abarcar a especificidade de todos os municípios e o seu desconhecimento por parte de gestoras/es e profissionais – que concorreriam para que sua execução se distanciasse do previsto. Como a escassez de recursos e os problemas na articulação da rede serão tratados, respectivamente, nos capítulos “Condições e relações de trabalho” e “Trabalho em rede”, nos atemos aqui aos dois últimos motivos.

Uma exceção é aberta apenas à argumentação elaborada por Lucas (GF7) que soma à insuficiência de recursos o volume de programas a serem executados:

O Ministério [da Saúde] manda programa todo santo dia! Todo dia vem uma cartilha nova pra implantação de programa. Lá no NASF de [município], a gente já implantou uns quatro, cinco programas pro pessoal do ESF. Então como que eles vão fazer todo o trabalho deles mais... Por exemplo, aí vamos fazer um PTS [Projeto Terapêutico Singular]. Marca PTS, você nunca consegue juntar todo mundo. Cê não consegue juntar o agente [comunitário de saúde] porque ele tem que fazer um monte de área porque é muito grande.

Sem discordar do posicionamento de Lucas (GF7) de que deveria ser respeitada a proporcionalidade necessária entre o montante de trabalho e o número de profissionais, é importante salientar que a existência de diversos programas viabiliza o tratamento de diferentes questões que perpassam a ABS de forma a considerar as especificidades destas.

Sobre a ignorância quanto aos preceitos da política, surgem considerações relacionadas ao pouco tempo de existência do NASF, especificamente.

Eu acho que o problema do NASF é justamente ser um programa novo. Então, assim, o pessoal não sabe o quê que faz. [...] É igual a prefeitura, né? “A verba vai vir, vai ser legal”, né? O prefeito: “Implantei um programa na cidade”. Tá. E o prefeito conhece? [...] O quê que é o NASF? O prefeito lá de [município] outro dia falou que não sabe o quê que é o NASF, que não conhece os profissionais do NASF. Eu falei: “Gente!” (Alice, GF7).

O Ministério da Saúde adota uma estratégia de indução de programas associada à oferta de recursos para o Fundo Municipal de Saúde em prol do município que a ela adere. Isso permite a expansão dos programas federais, mas acarreta algumas distorções apontadas pelas/os participantes. Assim como Alice (GF1), Márcio (GF3) indica como o interesse em viabilizar o recebimento de recursos federais se sobrepõe à análise da relevância para o município de determinado programa ou dispositivo, o que acaba gerando um desvio em sua execução. Como disse Márcio (GF3), “aí cria-se o programa, aí todo mundo cresce o olho: ‘Opa! Recurso! Vou contratar profissional, que eu não tenho recurso municipal’, né, ‘e vou utilizá-lo da forma que eu quero’, né?”.

Logicamente, todos os desafios enfrentados na execução de uma determinada política refletem diretamente na forma como o trabalho será desenvolvido. Mas algumas/ns participantes dão ênfase às interferências causadas pelo desconhecimento de gestoras/es acerca dos fundamentos e princípios que regem a PNAB. Nesse sentido, Pietra (GF3) chega a reclamar diretrizes mais específicas sobre a atuação da/o psicóloga/o no NASF que, segundo ela, poderiam evitar esse tipo de problema:

O que me incomoda, por exemplo, é eu ter que fazer um trabalho ambulatorial se eu sou contratada no NASF, eu não concordo. Eu faço. Faço, acolho, faço com amor, dá super certo, eles adoram, eles me procuram. Mas eu gostaria de trabalhar só com o que eu fui contratada. [...] O que eu sinto falta, na verdade, é de ter uma lei, algo mesmo jurídico que diz: “Olha”, né, “se você é psicóloga do NASF, você vai trabalhar para o NASF”. Ponto!



No caso específico de Pietra (GF3), a psicóloga é levada, pelo entendimento equivocado da/o gestora/r, a realizar atendimento ambulatorial no NASF. No entanto, apesar do que foi apontado pela participante, existem normativas que podem servir à construção de uma defesa de uma posição contrária à dessa/e gestora/r. A Portaria MS nº 154 de 2008 (BRASIL, 2008a), que cria o NASF, estabelece, entre outras coisas, as ações a serem realizadas por esse dispositivo – entre as quais não consta o atendimento ambulatorial. De modo mais explícito, o documento “Diretrizes do NASF” determina que intervenções específicas da/o profissional do NASF com as/os usuárias/os devem acontecer:

de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF [Saúde da Família], que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade (BRASIL, 2010a, p. 20).

Acerca da distância existente entre a PNAB e as peculiaridades de cada município, encontramos elucubrações como estas:

Olha, em termos de Política Nacional de Atenção Básica, ela é bem interessante, né? Mas a prática não corresponde à realidade, né? Porque a gente sabe que o Sistema Único de Saúde, a questão do setor de saúde, é uma dificuldade e uma realidade em cada município (Naiara, GF5).

E tem que levar em conta a diferença cultural também, né, às vezes o que tá ali no papel é bonitinho, mas no município não dá certo, não funciona, a população não adere... (Jordana, GF6).

Esse caderno que nos orienta. Ele orienta tanto aquela pessoa que tá lá na cidade grande, que é politizada, que vai lá no posto de saúde, frequentar e saber dos seus direitos e deveres e tudo; e

tanto aquela pessoa que é lá do interior, que é bem simples [...]
(Caíque, GF3).

Não deve causar estranhamento o fato de que a implementação de uma política pensada para um país com tamanha diversidade regional, se depare com diferentes questões de acordo com a localidade. A própria PNAB prevê que

A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais (BRASIL, 2012a, p. 23, grifo nosso).

Na realidade, a implementação de qualquer política pública apresenta uma série de desafios. Para Rua (2009), esta deve ser compreendida não apenas como uma etapa subsequente à formulação, mas como sua continuação, configurando-se enquanto processo flexível que envolve progressos e retrocessos em relação ao que havia sido formulado anteriormente. Trata-se, assim, de um processo contínuo de interação e negociação com diferentes atores para a resolução de conflitos que não foram previstos ou não puderam ser resolvidos durante a formulação. Além disso, nada garante que a política pública seja implementada da forma como foi planejada, pois os grupos envolvidos podem não estar de acordo com a decisão tomada. Entretanto, essa defasagem estrutural entre as etapas da formulação e da implementação de uma política não deve ser tomada como um mal absoluto. Ao contrário, deve-se reconhecer que as/os atrizes/atores envolvidas/os na formulação, quando comparados aos presentes nos campos, são em pequeno número e desconhecem a diversidade dos contextos locais. Assim, o caráter complexo da realidade, caracterizada pela interação entre uma política que está sempre em movimento, uma rede intrincada de relações e um mundo extremamente dinâmico, faz com que a política pública seja materializada com certa diversidade durante sua implementação.



O entendimento desse pressuposto leva à conclusão de que é bastante improvável que uma política pública seja formulada de maneira a prever todas as questões com as quais irá se deparar na fase de implantação. Por outro lado, devemos considerar também que a tentativa de incorporar a uma determinada política pública um caráter muito prescritivo pode, ao cercear as possibilidades de construção de arranjos locais, ao contrário do que as/os participantes esperam, ampliar as dificuldades enfrentadas em sua implantação.

2.2. A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E O ENFOQUE NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

A integralidade é um dos princípios que orientam a ABS e sua garantia passa pela articulação das diferentes dimensões que envolvem a atenção à saúde: ações programáticas e demanda espontânea; promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de todas/os as/os profissionais envolvidas/os, visando uma atuação multidisciplinar, interdisciplinar e em equipe; e a rede de atenção (BRASIL, 2012a).

Nos GFs, algumas/ns participantes fazem referência à integralidade da atenção, mas a partir de uma visão da pessoa como integral, que precisa ser considerada segundo diferentes dimensões (biológica, social, subjetiva). Nesse sentido, o princípio da integralidade garantiria a presença da/o psicóloga/o na ABS.

E por que nós estamos inseridos no sistema básico de saúde? Por causa exatamente da questão do ser humano como integral (Paula, GF3).

A saúde vê o ser humano como um todo, né, então, quando você inclui outros profissionais que não só o médico ou o enfermeiro dentro da atenção básica, você tem a possibilidade de realmente ver esse sujeito que vai até... a ver essa demanda, o sujeito como um todo, não só como uma parte biológica, com a queixa que ele vai, né? Então eu acho que, diante da proposta

da política pública da atenção básica – que é compreender esse sujeito, compreender saúde como algo, não só biológico, mas social, cultural –, então, o psicólogo estando ali, eu acho que contribui pro sujeito ser atendido na sua integralidade, visto em sua integralidade, né? Acho que é muito importante a gente estar na atenção básica (Amélia, GF2).

A maioria das/os participantes não faz referência ao princípio da integralidade em si, mas apenas a dois aspectos desta. A promoção e a prevenção são destacadas como diretrizes centrais para o trabalho na ABS e que ampliam as possibilidades de atuação da/o psicóloga/o.

[...] o que me encanta na atenção básica é a questão da promoção, da prevenção de saúde, não estar trabalhando diretamente só com a doença (Jane, GF2).

Tira um pouco dessa demanda nossa [de atendimento clínico], porque o NASF, ele trabalha com prevenção. A partir do momento que ele foi na casa do outro, ele tá trabalhando alguma questão. Então, tá vindo menos pessoas pra mim depois que teve o NASF (Larissa, GF7).

Poderíamos perguntar até que ponto essa separação entre essas ações, dando-se um destaque aos aspectos promocionais, gera ou não um dualismo desnecessário e mesmo ineficaz para a ABS. Isso esteve na base do movimento sanitário e ainda persiste na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88), mas o consenso recente do debate em saúde é focar na integralidade em seu conjunto e não na supremacia da prevenção/promoção.

Algumas/ns participantes fazem uma associação do atendimento clínico com uma visão mais restrita de saúde, construindo o argumento de que a ABS se afasta da lógica da prevenção e promoção pela visão de profissionais que privilegiam o tratamento da doença:

Até hoje os enfermeiros não conseguiram ainda assimilar o que é mesmo o NASF. [...] Igual eu trabalho com a promoção e preven-



ção, a gente fica triste porque às vezes quando a pessoa chega, ele já tá com a patologia instalada, né? Então não tem esse trabalho com a comunidade, né? (Tales, GF1).

Eu queria só retomar essa questão do ambulatorial, como isso é visto, esse atendimento na cidade. Como a gente tende a afastar dele, mas parece que a prática sempre vai puxando pra essa forma ambulatorial, justamente por causa das demandas também que são criadas a partir do médico, a partir da escola (Wilson, GF3).

Por outro lado, a expectativa da população e até da gestão quanto a intervenções com resultados mais imediatos e palpáveis, também conduziria a uma perspectiva curativa e medicalizante.

Eu vejo assim: quando a gente fala em Atenção Básica, a grande questão é: prevenção em saúde. E é uma dificuldade que nós temos. Por quê? As pessoas já chegam ali com um modelo curativo: “Ah, eu preciso de um medicamento!” (Flora, GF5).

[...] o trabalho nosso é a longo prazo - a médio e longo prazo, né? Na Saúde, NASF também. [...] então o resultado com os grupos operativos é a longo prazo, né? Um diabético, um hipertenso... [...] E a medicação é mais rápida, mais atuante, né? O atendimento ambulatorial diminui um pouco a demanda. Eles veem: tá atuando, o consultório tá fechado, tá tendo fila: “Ó, tá trabalhando! Bacana!”. Mas, a longo prazo, eu acho que o trabalho do NASF é, assim, muito muito muito muito maravilhoso. E como a gente consegue, lá em [município] tem conseguido ver o resultado. Cresce a demanda, cresce o resultado. E aí, começa a diminuir a medicação [...] (Márcio, GF3).

Por exemplo, se tem um serviço que vai prestar um atendimento à comunidade, a população e o próprio sistema, instituição, valoriza: trabalho de enfermagem, aferição de pressão, é coleta de sangue. Então, esses procedimentos, além de serem mais valorizados pela população, também é do ponto de vista institucional. [...] A promoção à saúde que é uma coisa pactuada e valorizada na legislação, eles quase não dão muita valorização (Naiara, GF5).

Essa seria, inclusive, uma justificativa para a não adesão da população às atividades em grupo. Segundo Luan (GF7), “as pessoas estão querendo tratar muito o sintoma e a causa mesmo, que é a questão da promoção e da prevenção, tá ficando de lado. E, assim, toma remédio, vai tomando remédio...”.

Poucas falas escapam de uma naturalização desse comportamento e indicam possibilidades de mudanças provocadas pelo trabalho da/o própria/o psicóloga/o.

Devagarzinho vai se modificando, é cultural isso, né? A questão do médico também, você tá falando, é difícil! A sociedade ainda quer consulta e remédio! [...] Então, assim, nós temos que mostrar pra eles que saúde não é só isso. Entendeu? Mas, é, é complicado, não é fácil não (Augusto, GF2).

Então tem outra coisa que tem dado certo – que até as pessoas saíram um pouco desse paradigma assim de que o psicólogo é esse trabalho individual – é indo até as escolas também de alguma forma ou em algumas instituições pra falar um pouco dos equipamentos também que a Psicologia utiliza, né, que não é só clínico, né, e também dos serviços substitutivos que nós temos e para quê eles servem (Luan, GF7).

O posicionamento ilustrado pelas falas de Augusto (GF2) e Luan (GF7) aproxima-se de uma das características do trabalho das eAB: “Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários” (BRASIL, 2012a, p. 42).

As/os participantes criticam a percepção sobre saúde da população que atendem, mas não percebem que o enfoque que elas/es mesmas/os dão à promoção e prevenção também carrega uma perspectiva restrita sobre as práticas de cuidado que devem ser ofertadas na ABS.

Tesser e Norman (2014) trazem que, na história da ABS no Brasil, a promoção e prevenção foram sobrevalorizadas, em detrimento do



cuidado à pessoa adoecida/em sofrimento. Contudo, as equipes de saúde devem se atentar para o fato de que a priorização das pessoas sadias no cotidiano das eSFs:

não se sustenta eticamente (doentes merecem tanto ou mais atenção que sadios, pois estão vulnerabilizados) nem tecnologicamente (devido ao baixo poder preditivo dos recursos atuais voltados aos sadios individualmente); e também porque as ações preventivas/promotoras podem fluir sem obstrução do fluxo do cuidado clínico nos serviços, em paralelo ou associado a ele (TESSER; NORMAN, 2014, p. 879-880).

O princípio da integralidade – no qual o trabalho da ABS se sustenta – pressupõe a articulação de diferentes ações e aspectos do cuidado à saúde, portanto, as/os profissionais da Psicologia devem atentar para o fato de que a promoção e a prevenção devem estar presentes nas ações de trabalho, sem que se sobreponham às práticas curativas.

2.3. CAPACITAÇÃO

Em relação às/aos respondentes do questionário *on-line*, a Tabela abaixo indica as formações que elas/es possuem além da graduação.

Tabela 6 – Pós-graduação (Questionário)

Curso	n	%
Especialização	146	60,6
Mestrado	15	6,2
Doutorado e/ou pós-doutorado	04	1,7
Não possui	76	31,5
Total	241	

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria das/os profissionais respondentes tem algum título de pós-graduação (68,5%). Destas/es, 60,6% possuem o título de es-

pecialista em alguma área da Psicologia, 6,2% possuem mestrado e 1,7% das/os respondentes possuem doutorado ou pós-doutorado. As especializações em alguma abordagem clínica foram as mais citadas, seguidas de especializações em gestão de pessoas, psicopedagogia, saúde mental, saúde pública, educação, dependência química, trânsito, neuropsicologia, psicologia hospitalar e psicodrama. Observando-se a correlação entre a titulação e o tempo de atuação como psicóloga/o, observamos que as pessoas que têm maior titulação também são as que atuam há mais tempo.

Muitas/os respondentes (19,5%) possuem, inclusive, mais de uma especialização *lato sensu*, apesar de 72,1% das/os profissionais indicarem não ter recebido qualquer apoio ou incentivo do serviço em que trabalham para fazerem sua pós-graduação. Entre as/os que receberam algum incentivo, este se deu na forma de aumento salarial entre 5% e 10% após a conclusão da pós-graduação e/ou na forma de flexibilização de horário para a realização do curso. São exatamente as/os profissionais com maior tempo de atuação na área os que dizem ter recebido algum tipo de incentivo para a realização de curso de pós-graduação e benefícios por havê-lo concluído. Somente 1,6% das/dos psicólogas/os respondentes possuem doutorado e/ou pós-doutorado.

Ao serem perguntadas/os no questionário sobre desafios enfrentados, grande parte das/os psicólogas/os (46,1%) apontam a falta de investimento na capacitação das/os profissionais. A maior parte das/os respondentes (72,2%) indicam que não contam com qualquer tipo de supervisão em seus serviços: 27% recebe supervisão e duas/dois profissionais (0,8%) não respondem à questão. Para os 27% que contam com algum tipo de supervisão, as modalidades oferecidas são a clínica (27,7%), clínica-institucional (26,2%), institucional (18,5%), educacional-pedagógica (7,7%) ou de outro tipo (20%).

Ao analisar de forma relacionada o tamanho da cidade em que as/os profissionais atuam e alguns aspectos de suas vivências, pode-se perceber a influência do tamanho dos municípios. Observa-se que as/os psicólo-



gas/os que atuam em municípios maiores recebem melhor remuneração e têm mais acesso à supervisão fornecida pelo serviço.

Apesar de não estar prevista no roteiro dos GFs nenhuma pergunta relacionada à capacitação, este tema só não é abordado no GF5. No geral, as/os participantes trazem uma avaliação negativa de como essa questão vem sendo tratada pelas/os gestoras/es, com a ocorrência de poucas ou até mesmo nenhuma oportunidade de capacitação. Há que se ponderar que essa situação é mais prevalente em municípios de pequeno porte. Nesse sentido, as/os psicólogas/os reclamam não apenas a necessidade de espaços de formação para ampliar os conhecimentos sobre a área, mas para elucidar aspectos básicos do trabalho.

Então, a primeira coisa que eu gostaria de pedir que realmente tivesse um treinamento. Primeiro, um treinamento sobre a Prefeitura. Qual que é a forma de se usar? Qual que é a forma de se comunicar lá dentro? Segundo, uma articulação sobre a saúde mental (Paula, GF3).

Acho que, na verdade, falta muita informação. Por exemplo, nós começamos a fazer lá no NASF o Programa Saúde na Escola. Aí informaram que era ir lá na escola, fazer um trabalho de pesagem, de acuidade visual etc., a equipe do NASF foi lá e fez isso. [...] fomos lá na técnica referência em saúde mental [...] e, assim, não é nada daquilo. É pra fazer um evento. Durante todo o mês você tem que fazer alguma coisa na escola, você tem que tá levando temas diferentes pra serem debatidos. Não é uma coisa que você vai lá e faz sozinho. Então, eu acho que falta muito também essa comunicação pra gente do que é o NASF (Joaquim, GF7).

Não sei lá, mas quando eu cheguei, falou assim: “Augusto, tem o NASF...”. E eu falei: “Mas, quê que é o NASF?”. “É um núcleo de apoio à saúde...”. “O quê que faz?”. “Ah, tem essa cartilha aqui. A gente não sabe muito bem, mas a gente vai começar, falta entrar os outros integrantes” – tal. E, tipo, você começa a trabalhar, né? A gente que não vai atrás pra saber, né? (Augusto, GF2).

Uma consequência deste cenário parece ser a exigência de uma postura mais ativa por parte das/os trabalhadoras/es na busca pelo conhecimento, seja por meio de estudo individual, supervisão particular ou pela busca de cursos e eventos relacionados ao campo, arcados muitas vezes com recurso próprio. No entanto, Rute (GF6) demonstra que, por vezes, isso representa um gasto que nem todas/os podem assumir.

O mais perto que tem é em Belo Horizonte e fora que é tudo muito caro. Em Belo Horizonte é tudo muito caro. O ano passado eu fui em um Seminário lá, eu gastei um absurdo! Eu queria fazer um de drogas agora em outubro que vai ter lá, mas só o curso é quase dois mil reais. Então, assim, imagina, eu já pago [ri] um absurdo pra ir, porque a viagem pra Belo Horizonte é cara, mais hotel, que são, acho que, treze dias. Então, assim, sai tudo muito caro.

Em alguns casos, quando há solicitação da/o psicóloga/o, esta/e recebe apoio para fazer um curso ou participar de um evento. Antonela (GF1) e Patrícia (GF6) receberam da prefeitura do município onde trabalham auxílio para deslocamento e estadia e Aurélia (GF1) conseguiu apenas ser liberada das horas de trabalho.

Seis participantes dos GFs indicam participar de espaços de supervisão⁵. Três delas/es, Paula (GF3), Vanessa e Emanuela (GF7), pagam para receber supervisão particular; e três, Aurélia (GF1), Tânia e Luan (GF7) têm supervisão institucional em espaços coletivos. Aurélia (GF1) queixa-se do escasso número de supervisões:

Mas, por exemplo, essa supervisão que a gente tem, né? Eu já apresentei um caso, mas eu num posso apresentar o caso sempre que eu tiver interesse. Então, se eu tiver interesse mesmo eu tenho que pagar por fora. [...] Por exemplo, são 12 supervisões no ano, né? Eu não posso apresentar todo mês. Eu tenho que deixar pro

5 Apenas no GF1 e no GF7, a coordenadora perguntou diretamente se as/os psicólogas/os tinham alguma supervisão do seu trabalho.



meu colega do outro posto de saúde [...]. Então, não é simples. Quem dera [ri].

Espaços coletivos de estudo, como reuniões de matriciamento, de rede e de equipe, apesar de valorizados como ambientes de troca de experiência, são menos enfatizados como ferramentas de formação do que os espaços formais – como cursos e eventos. Um misto destas duas vertentes, o encontro de NASF de uma microrregião do estado, é destacado pelas/os participantes do GF3 como um interessante empreendimento agregador de conhecimento.

O primeiro encontro não foi nomeado como encontro. O segundo foi um encontro, assim, as pessoas foram lá, teve uma *apresentaçãozinha* ou outra. Nesse terceiro, já começou a modificar porque teve algumas oficinas, [...] foram pegando, em algumas cidades, alguns grupos que dão certo, né, e que tá sendo diferente. [...] Mais ou menos como um *workshop*. E aí, as pessoas pra... justamente acontecer isso aí. Primeiro, as pessoas verem que elas não estão sozinhas, né; segundo, pra ter algumas outras ideias; e, terceiro, pra ganhar um corpo, ter uma unidade assim. Que é interessantíssimo! (Márcio, GF3).

A política para formação e desenvolvimento profissional da PNAB, assim como de todo o SUS, orienta-se pelo conceito de educação em saúde, o qual, além de uma potente dimensão pedagógica, revela um viés de gestão do trabalho com a aproximação entre a formação e a prática concreta dos serviços de saúde (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012a). Com o objetivo de transformação não apenas das práticas profissionais, mas também da organização do trabalho, a educação permanente tem como base um

processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e orga-

nização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). (BRASIL, 2012a, p. 39).

Assim, são valorizados tanto os espaços mais formais de capacitação (como cursos) quanto expedientes de apoio e cooperação horizontal (troca de experiências entre as/os trabalhadoras/es, grupos de estudos, apoio matricial, etc.) desde que se baseiem nas necessidades de qualificação da equipe, que devem ser pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações às quais atende. Aliás, o caráter ascendente da educação permanente pressupõe um protagonismo das equipes.

[...] é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município (BRASIL, 2012a, p. 40).

Esses pressupostos evidenciam certo distanciamento entre a proposta de educação permanente trazida pela PNAB e as falas das/os participantes acerca da capacitação para o trabalho na ABS. A educação permanente é conceitualmente mais abrangente que a capacitação⁶, mas, como essa temática não foi diretamente explorada nos GFs, faltam-nos elementos para analisar a compreensão das/os participantes sobre a questão. No entanto, podemos ponderar que a usual percepção excessivamente escolarizada do aprendizado dá maior relevo a espaços convencionais de formação (DAVINI, 2009).

6 A educação permanente pode abarcar ações de capacitação e não o inverso. O objetivo da capacitação se restringe ao aperfeiçoamento do desempenho pessoal. Já a educação permanente pode conter processos orientados a grupos específicos de trabalhadoras/es, mas desde que articulados a uma estratégia de mudança institucional (DAVINI, 2009).



O peso da responsabilidade pela qualificação das equipes de saúde não pode ser retirado dos governos municipais – que, pelo relato das/os participantes, não têm cumprido seu papel. Entretanto, este entendimento não se contrapõe à visão de que as/os trabalhadoras/es são “atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores” (DAVINI, 2009, p. 44) e, portanto, potência necessária para que os espaços de formação aconteçam e reflitam as necessidades da equipe e, consequentemente, da população.

2.4. A PSICOLOGIA NA EQUIPE MÍNIMA DA UBS

A inexistência de normativas que incluam a/o psicóloga/o nas equipes de Atenção Básica (eAB)⁷ e permitam sua atuação na UBS não tem impedido que, em alguns municípios, esta/e profissional esteja presente nestes locais por uma opção da/o gestora/r municipal. No entanto, participantes do GF2 e do GF5 argumentam pela necessidade de regulamentação da presença da categoria nas UBS, cobrando inclusive um engajamento do CRP-MG na defesa dessa proposta. As justificativas para essa regulamentação vão desde a premissa de dar legitimidade à presença das/os psicólogas/os nesses equipamentos nos municípios onde ela já acontece à percepção de que a Psicologia contribuiria melhor para a integralidade do atendimento se estivesse inserida na ABS desde a porta de entrada.

Por isso que eu acho que às vezes, entre aspas, “a obrigatoriedade” de fazermos parte da equipe mínima vai nos valorizar nesse sentido, que aí o próprio médico vai olhar a gente de forma diferente: “Não, ela não tá aqui secundária, à toa. Tá aqui porque realmente precisa do serviço, do trabalho dela” (Rebeca, GF5).

7 A eCR é a única exceção a essa regra. A Portaria MS nº 1029/2014, prevê que a eCR, em suas três modalidades, deve contar com a presença de psicóloga/o (BRASIL, 2014c).

Eu acho que por não fazer parte dessa equipe mínima, né, a gente, de certa forma, tá contribuindo pra visão da profissão como modelo curativista, né? Porque por não fazer parte dessa porta de entrada e de todas essas atividades de promoção, de prevenção, a gente acaba fortalecendo a imagem do psicólogo clínico, individual, que tá ali com a pessoa que já tá com o problema instituído. Eu acho que, dando espaço pra gente compor essa equipe mínima, sem ser a cargo de escolha de gestor – não, a gente vai fazer parte e pronto –, vai dar mais visibilidade pra gente, a gente vai poder conquistar novos espaços que, até então, o NASF tem ocupado, mas como apoio matricial. [...] Por que não fazer parte do apoio ali na porta de entrada, né? Já chegar e tá fortalecido isso (Raíssa, GF5).

A participante lamenta não haver a obrigatoriedade da/do psicóloga/o compondo as equipes mínimas das UBS, justificando que a presença desta/e profissional seria indispensável na porta de entrada da ABS. Contudo, precisamos considerar o cunho corporativista que esta afirmação pode tomar e a viabilidade dessa inserção, considerando a possibilidade das outras categorias profissionais que não compõe a equipe mínima também poderem solicitar que sejam incluídas por serem indispensáveis. Seria interessante que todas/os as/os profissionais da área de cuidados com a saúde pudessem integrar as equipes das UBS, porém, não seria viável manter equipes tão grandes. Por isso, a lógica de ter verba destinada à contratação de técnicas/os à escolha de cada município é de que vá estar na UBS, além da equipe mínima, as/os profissionais que a população daquela região demande mais.

O fato de o SUS ser o maior empregador de psicólogas/os do Brasil (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012a) já representa por si mesmo um reconhecimento da importância desta/e profissional. Ainda que não faça parte da equipe mínima da UBS, a categoria profissional está inserida de forma expressiva na política de saúde. Mesmo os psicólogos/os não estando, necessariamente, nas UBS, elas/es compõem a rede de atendimento e sua prática pode ser tão



eficaz na medida em que ele consiga transitar por esta e se relacionar de forma interdisciplinar.



3. TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A concepção de trabalho em equipe nasce para suprir a demanda do modo de produção moderno, visando o aumento do rendimento a partir da soma de esforços; e, acompanhando as mudanças na forma como o processo de trabalho é compreendido, vem sofrendo alterações ao longo do tempo (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Na ABS, o trabalho em equipe, orientado pelo princípio da integralidade da atenção, “constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 459). Assim, buscando a atenção integral às necessidades de saúde da população atendida, a equipe multiprofissional precisa, por meio da comunicação e interação, reorganizar seus processos de trabalho, considerando as conexões e interfaces em meios às peculiaridades de cada área profissional. Segundo Peduzzi (2001, p. 108),

[...] o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Assim, a mudança assistencial, do modelo médico-centrado para a atenção integral, dar-se-ia a partir da reorganização do processo de trabalho estruturado na ação multiprofissional.

Nessa pesquisa, analisaremos o trabalho em equipe multidisciplinar a partir dos seguintes aspectos: a integração da equipe, a medicina na equipe, as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) e a expectativa da equipe de saúde acerca do lugar da/o psicóloga/o.

3.1. INTEGRAÇÃO DA EQUIPE

O levantamento realizado em Minas Gerais, através do questionário *on-line*, sobre a composição das equipes de saúde nas quais as/os respondentes atuam, demonstra que a maioria destas inclui psicólogas/os (58,5%), médicas/os (53,1%) e enfermeiras/os (52,7%). Quase a metade possui técnica/o de enfermagem (47,7%), agentes comunitárias/os de saúde (42,3%) e assistentes sociais (42,3%). As/Os psicólogas/os como mais presentes nas equipes de saúde não nos parece corresponder à realidade. A questão 31, que originou esses dados, continha a seguinte pergunta: “Quais profissionais compõem a equipe que você atua?”. Evidentemente, se apenas psicólogas/os responderam ao questionário, podemos entender que a maioria indica a própria presença na equipe. Assim, as respostas nos mostram, na verdade, a presença de outras/os profissionais em equipes de saúde que possuem psicólogas/os. Mesmo assim, 41,5% não marcaram psicólogas/os como parte da equipe. Acreditamos que isso pode acontecer devido às diferentes interpretações que as/os respondentes podem dar à pergunta e/ou ao termo “equipe de saúde”, ora mais ampliado, ora mais restrito.

Ao serem questionadas/os sobre as/os profissionais com quem mais interagem no cotidiano do trabalho, as/os psicólogas/os respondem que são as/os enfermeiras/os (50,2%) e as/os agentes comunitárias/os de saúde (47,3%). As/Os técnicas/os em higiene bucal (49,8%) e as/os dentistas (47,7%) são indicadas/os como as/os profissionais com quem as/os psicólogas/os interagem menos nas atividades do dia a dia.

**Tabela 7 – Equipes de Psicologia e demais profissionais (Questionário)**

Categoria	Variáveis	n	%
Composição das equipes	Psicóloga/o	141	58,5
	Médica/o	128	53,1
	Enfermeira/o	127	52,7
	Técnica/o e/ou auxiliar de enfermagem	115	47,7
	Agente comunitária/o	102	42,3
	Assistente social	102	42,3
	Auxiliar de consultório/Técnica/o de higiene bucal	76	31,5
	Dentista	84	34,9
	Outros	90	37,3
Profissionais com maior interação	Enfermeira/o	121	50,2
	Agente comunitária/o de saúde	114	47,3
	Assistente social	96	39,8
	Médica/o	95	39,4
	Psicóloga/o	73	30,3
	Técnica/o/Auxiliar de enfermagem	70	29,0
	Dentista	20	8,3
	Auxiliar de consultório/técnica/o de higiene bucal	08	3,3
	Outros	54	22,4
Profissionais com menor interação	Auxiliar de consultório /Técnica/o de higiene bucal	120	49,8
	Dentista	115	47,7
	Médica/o	47	19,5
	Técnica/o/Auxiliar de enfermagem	40	16,6
	Assistente social	27	11,2
	Agente comunitária/o de saúde	22	9,1
	Enfermeira/o	20	8,3
	Psicóloga/o	06	2,5
	Outros	15	6,2

Fonte: Dados da pesquisa.

No contexto do Programa Saúde da Família (PSF), o trabalho em equipe adquire um novo sentido: a contribuição de todas/os as/os profissionais é valorizada e estas/es, a partir da especificidade de seu fazer, dividem a responsabilidade pelo cuidado (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Assim, a integração da equipe potencializa e qualifica as ações desenvolvidas junto às/aos usuárias/os. Nos GFs, é possível identificar alguns significados atribuídos ao trabalho em equipe multidisciplinar que se relacionam a esse novo sentido apontado por Araújo e Rocha (2007). Participantes apontam a divisão da responsabilidade pelo cuidado e a interlocução de saberes em prol desse objetivo:

Agora, o que a gente trabalha lá é – e isso a gente pontua muito no matriciamento – é a questão da responsabilização. O paciente é responsabilidade do PSF, né? Então, não é da Saúde Mental. Não é do cardiologista. Não é do oftalmologista. É do PSF. A política é essa, né? (Tobias, GF1).

Como é uma equipe multiprofissional, essa questão da sobreposição de uma profissão a outra, então temos que estar sempre quebrando isso aí porque é um conjunto, né? É uma equipe que vai pensar, vai ter vários saberes pra chegar um benefício comum pro paciente, né? (Artur, GF6).

Para Araújo e Rocha (2007, p. 460):

O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.

Ao falarem sobre como o trabalho em equipe tem sido construído no local onde atuam, as/os psicólogas/os procuram salientar as atividades de acompanhamento de indivíduos e famílias realizadas de forma compartilhada, a saber: visita, atendimento, condução de grupos e discussão de casos.



As discussões produzidas nos GFs trazem tanto exemplos de equipes integradas, quanto de outras em que ainda não há a compreensão da importância da comunicação e da interação entre as/os profissionais para uma abordagem ampla e resolutive do cuidado. A fala das/os participantes nos apontam vários aspectos que podem sinalizar a presença e influenciar nessa integração – relacionais, de comunicação, existência e frequência de reuniões, planejamento e organização do trabalho, estilo de gestão, condições de trabalho e engajamento das/os profissionais.

A boa relação entre as/os profissionais, obviamente, destaca-se como um facilitador para sua interação. Fala-se de respeito e consideração pela opinião de todas/os e de afinidade e coesão entre as/os membras/os da equipe.

E o bacana lá é que todos conversam, todos expõem seu ponto de vista diante daquilo ali e a opinião de todos é respeitada, é levada em consideração quando a gente vai tomar a decisão referente a um determinado paciente, né? (Tina, GF6).

Primeiro o seguinte: é uma afinidade entre a equipe. Eu acho isso muito legal assim. São pessoas que até pessoalmente, né, se relacionam. Então, assim, eu acho isso muito legal (Tobias, GF1).

Como eu cheguei, por exemplo, primeiro momento, uma equipe muito acolhedora, bem informada nessa questão tanto da gestão da saúde mental, no sentido do Programa da Saúde Mental, do CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] [...] e como também os outros colegas de trabalho. [...] E, aí não tem uma capacitação, esses momentos que seja capacitação que é promovido pelo Ministério [da Saúde], pela prefeitura mesmo, isso não tem específico assim. Mas o próprio grupo organiza para que isso aconteça. [...] Aí a gente também agora, os novatos que vão chegando, a gente também vai recebendo (Wilson, GF3).

Por outro lado, a ausência de coesão na equipe, com a existência de perspectivas divergentes entre as/os profissionais, interfere ne-

gativamente e pode impactar no desenvolvimento do trabalho, de acordo com Vanessa (GF7):

[...] se tem um usuário de crack, aí o enfermeiro chega lá já propondo a internação. [...] Então, assim, de cara, eu não posso oferecer internação a ele. E às vezes nessa família, tem um pai que é usuário de crack e têm mais cinco crianças em casa, aí eu chego e falo assim pro Educador Físico: “Então, Fulano, [...] tem cinco crianças nessa família. Eu tava pensando, se você fizesse uma proposta lá no bairro de trazer essa criança pra fazer alguma atividade, talvez ela teria mais chance de não seguir o caminho do pai [...]”. Aí ele vai lá e fala: “Ah, esses meninos não querem nada não. Eles querem só ver televisão”. [Vanessa responde] “Mas você acha que de cara você vai trazer ele? Se eu demorei um mês ou dois meses pra descobrir que o pai era usuário de crack, mais dois meses pra eu oferecer um tratamento a ele. Você tem que ser insistente”.

Também é relatado pelas/os participantes dos GFs a existência de uma desarticulação das ações das equipes, coordenadoras/es e gestoras/es que, muitas vezes, atuam em discordância com os princípios do HumanizaSUS que dizem respeito à corresponsabilização entre usuárias/os, trabalhadoras/es e gestoras/es (BRASIL, 2009b). Vejamos o caso relatado por Rute (GF6):

Levou a menina no médico, o médico passou a medicação e lá mesmo fez ela tomar o remédio. Não me avisaram. Na semana seguinte, chega [...] parecia que tava bêbada. Eu: “O que que foi Fulana?”. “Tô tomando uns remédios aí”. Não falei nada com ela, liguei pra coordenadora: “Ô, o que que ela tá tomando, [...]?”. Tava tomando Risperidona e Clonazepam. Eu falei: “[...], não é assim não! Tem que ter cuidado! Vamos mandar ela pro CAPS então em [outro município], que é o CAPS Infantil. Lá eles sabem fazer uma anamnese, fazer uma avaliação correta, mais detalhada e tal e tal”. Não deixou! Eu fiz um relatório e entreguei nas mãos do juiz e falei: “ó, eu abro mão porque não é assim que funciona. Se tem que ter um cuidado especializado, então vamos fazer direito. Mas eu tiro fora”. Pois ele fez [ri] eles mandarem ela pra [CAPS de outro município]. O médico



tirou a medicação. Eu falei: “Gente, não é assim! Será que toda hora eu preciso ir lá conversar com o juiz porque o juiz que vai resolver o meu problema?”. Se levou pra eu fazer o acolhimento, me ter como referência, então a minha palavra tinha que valer! (Rute, GF6).

Para ter sua fala respaldada, a psicóloga precisa recorrer ao juiz, já que não consegue viabilizar a comunicação com a própria equipe e a coordenação. Cada profissional atua dentro da sua especialidade, sem a construção de um trabalho em conjunto, o que é contrário às orientações e diretrizes dos documentos que fundamentam a prática na ABS.

A existência de um canal de comunicação como, por exemplo, a constante discussão de casos clínicos e a circulação cotidiana de informações permite que as decisões tomadas sobre o andamento dos casos sejam pactuadas e corresponsabilizadas por todas/os.

Depois do atendimento dele [do psiquiatra], a gente discute os casos e vê quais casos que só vai ser renovação de medicação. Aí a médica, que é a clínica do PSF, ela faz isso pra gente. [...] O farmacêutico, a gente conversa muito também nos intervalos, ele relata: “Nó, tal pessoa tá usando...” – ele comenta – “Tal pessoa tá usando demais isso. O quê que tá acontecendo?”. “Tal pessoa esse mês pegou muito remédio. O quê que é isso?”. Então, eu consigo fazer isso com eles (Fabiana, GF2).

Além dessa comunicação mais informal, a institucionalização de reuniões também aparece como instrumento importante para a articulação da equipe. As/Os participantes falam que as reuniões podem ser administrativas, de planejamento, estudo de caso e/ou construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Participam das reuniões um público variado, podendo ser toda a equipe, as/os estagiárias/os, as/os ACS ou apenas as/os psicólogas/os. A frequência destas também varia: diárias, semanais, quinzenais e mensais. As/os psicólogas/os destacam a importância destes espaços como oportunidade de diálogo e capacitação. Apenas duas participantes – Carla (GF5) e

Celina (GF3) – queixam-se da ausência de reuniões no equipamento onde trabalham. Isso sinaliza que a prática de reuniões de equipe tem conseguido ser incluída no cotidiano da maioria das equipes da ABS que participaram da pesquisa.

O planejamento das atividades e a organização do trabalho – distribuição de tarefas, organização da agenda das/os profissionais e estabelecimentos de fluxos para a condução dos casos – quando acontecem coletivamente, sendo pactuados em reuniões de equipe, são potencializadores de sua integração, na medida em que possibilitam a construção dos processos de trabalho a partir da consideração das interseções e especificidades de cada disciplina.

Lá no meu a gente faz as reuniões. É sempre na última semana de cada mês. A gente senta com as equipes e monta o cronograma. É com base naquilo que eles trazem de demanda pra gente. [...] Eu não pego livre demanda pra atendimento clínico, somente por encaminhamento. E esse encaminhamento, mesmo assim, ele é discutido com o médico, com o enfermeiro... Com quem me encaminha. Eu sento com ele: “Oh, tô encaminhando tal paciente pra você”. Então, a gente discute aquele encaminhamento pra ver se tem realmente necessidade porque se não, a nossa agenda lota (Tainá, GF6).

Eu, como psicóloga, é mais difícil pra eu falar de tuberculose, por exemplo, do que a enfermeira. Então, “Enfermeira, você pode falar sobre...?”. “Claro, Tânia!”. Então, a enfermeira prepara o material. “Ah, vamos falar de redução de danos”. “Tânia, você já tem um trabalho de redução de danos”. A enfermeira poderia falar? Poderia, mas eu sei também falar de redução de danos. Então, a Psicologia vai falar de redução de danos, o Agente Social vai falar duma outra coisa que... Né? E a gente perpassa isso por toda a equipe assim (Tânia, GF7).

Em alguns casos, a pouca integração do grupo de trabalhadoras/es local, a forma com que o trabalho é organizado e as atividades são planejadas, dificultam ou mesmo impossibilitam a interação da equi-



pe. Nos exemplos abaixo, Pietra (GF3) nos conta sobre os arranjos de sua equipe para a condução de um grupo de grávidas que, apesar de contar com a participação de várias/os profissionais, parece não ter uma interação entre elas/es, porque cada um se responsabiliza por um encontro de forma fragmentada; e Rita (GF5) demonstra como a disposição dos horários pode dificultar a comunicação:

Eu tenho grupos de grávidas. [...] É uma vez comigo. O outro encontro é com a assistente social, o outro é com a nutricionista, o outro é com a fisioterapeuta. Cada encontro é com um profissional em particular (Pietra, GF3).

Eu e o outro profissional da Psicologia, às vezes a gente conversa pouco por causa dos horários, porque a gente não bate, assim, de tá num... Porque, como tem uma sala só, é complicado às vezes a gente estar no mesmo período (Rita, GF5).

O estilo de gerenciamento e a percepção da/o gestora/r acerca de como deve acontecer o trabalho em equipe aparecem na fala das/os participantes como fatores que claramente influenciam na integração desta. A ocorrência de reuniões e do planejamento coletivo do trabalho, por exemplo, ficariam prejudicados sem o apoio da gestão.

Lá, eles colocam um profissional dentro do meu NASF ou troca, não avisa, não passa pra equipe. A equipe mesmo, a gente, que tem a iniciativa de fazer as reuniões mensais, só o NASF. O PSF não tem essas reuniões com a coordenadora, nem com a gestora (Iolanda, GF5).

Da mesma forma, condições inadequadas de trabalho atrapalham e desmotivam uma atuação integrada. Vejamos a fala de Alice (GF7) sobre a ausência de uma sede para reunião de sua equipe de NASF e de recursos para o desenvolvimento de projetos:

Eu, por exemplo, eu atendo no [serviço de atendimento a pessoas com transtornos mentais] que é onde tinha uma sala disponível. A

fono [fonoaudióloga] fica no hospital, a nutricionista fica no posto, a educadora física fica fazendo grupos... Não junta. [...] a gente consegue fazer as reuniões semanalmente, sabe? Mas, assim, a gente não consegue discutir casos, a gente tá sempre planejando uma ação, mas pra fazer é uma dificuldade também, porque nunca tem recurso... (Alice, GF7).

Por fim, várias/os participantes defendem a ideia de que o desenvolvimento de um trabalho integrado depende principalmente de que suas/seus membras/os estejam abertas/os a isso.

Aí tem a questão de cada um, de cada profissional. O pediatra que a gente tem lá, que é da unidade, não se abre pra essa coisa da discussão dos casos, então é encaminhar. A gente tem um contato um pouco melhor com o serviço social, com a assistente social da unidade – que agora tá aposentando também, então eu não sei como é que vai ser [ri] com a próxima que tá vindo (Rita, GF5).

[...] eu tava falando que o meu NASF também não faz [reuniões de equipe]. Porque algumas pessoas da equipe querem trabalhar de forma bem individualizada assim. [...] lá a gente tem muita dificuldade com o Educador Físico [...], a gente tem um diálogo muito complicado com ele. Ele quer fazer o grupo dele pra lá e pronto. [...] Não quer saber de muito contato com a gente e tal. Sempre tem um profissional que quer ficar mais afastado (Matilde, GF7).

Desta forma, a existência de espaços de troca é celebrada por algumas/ns como uma conquista da própria equipe, destacando também a necessidade e a importância da gestão estar presente para instituir esta forma de trabalho. Em alguns grupos, a discussão acerca dessa questão desenrola-se de forma a dar destaque à responsabilidade da/o profissional pelo desenvolvimento de seu trabalho e, nesse sentido, pela forma como ela/e se articula com o restante da equipe.

Na minha [equipe] tem falha dessa interação, mas até agora vou chegar lá e procurar ver o quê que eu posso fazer pra melhorar.



Porque a coordenadora não abre espaço pra isso, né? Mas às vezes é falta de ficar insistindo, de correr, de buscar (Iolanda, GF5).

De acordo com Cotta *et al.* (2006) a qualidade dos serviços de saúde, de fato, está intimamente relacionada à análise dos problemas enfrentados e ao comprometimento de profissionais e gestoras/es com sua resolução. As autoras (COTTA *et al.*, 2006) traçam um panorama do trabalho em equipe na ABS que não se distancia do descrito pelas/os participantes desta pesquisa e indica a necessidade de avanços para sua consolidação. Em geral, trata-se de um trabalho: compartimentalizado, devido à ausência de planejamento coletivo; ausente de responsabilidade coletiva pelos seus resultados, atribuída às ações descontinuadas das/os diferentes profissionais; e pouco eficiente e eficaz, pois falta a integração de habilidades e talentos individuais.

3.2. A MEDICINA NA EQUIPE

Muitas são as atribuições das/os profissionais médicas/os na ABS. De acordo com a PNAB, além das ações específicas, estão incluídas as seguintes atividades:

- II - [...] atividades em grupo na UBS; no domicílio e ou nos demais espaços comunitários como escolas, associações etc.;
- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;
- V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe (BRASIL, 2012a, p. 47-48).

É possível perceber, porém, através das falas nos grupos focais, que ainda não avançamos de forma efetiva na implementação desta política quanto à inclusão destas atribuições na rotina do trabalho da/o médica/o na atenção básica. A atuação dessas/es profissionais parece ser, predominantemente, desenvolvida de forma desarticulada do restante da equipe. Dessa forma, as/os psicólogas/os relatam experiências positivas de interação com essa categoria como exceção e, quando estas acontecem, se sentem privilegiadas/os e até mesmo lisonjeadas/os por isso:

Eu dei muita sorte, o ano passado... [médico] aqui de [município] que está lá com a gente. É ótimo! Ele é excelente! Nós vamos até fazer uma pesquisa, porque o número de medicação, de ansiolíticos, da nossa população ali ao qual eles pertencem, ao PSF [número do PSF], diminuiu. Por quê? O médico, ele não passa nenhum ansiolítico, remédio pra dormir, nada, nada, sem antes passar por mim (Rebeca, GF5).

Os médicos também, principalmente esse psiquiatra que trabalha com a gente agora, é uma pessoa assim que troca, que chega: “Vamos conversar sobre esse paciente”, né, “Vamos ver como que a gente vai poder atuar”. Ele assim realmente... Os outros não. Chegavam e tinham aquela postura só de medicar, medicalizava e saía. Agora esse não, esse é muito interessante a postura que ele tem. E os pacientes assim gostam muito dele, por esse acolhimento que ele tem. Ele para uma hora pra atender cada paciente e depois ainda fala: “Vamos discutir os casos”. Então isso é bom, essa troca eu acho que ajudou muito, esse trabalho (Eliane, GF4).

Ela [paciente] virou e falou assim: “Eu fui no médico, mas ele falou que tinha que ver com você se era pra passar o medicamento ou não”. Gente, aquilo na hora, me deu uma sensação assim: “Nossa, que importância, então, assim, ganhei o respeito do médico!”. Mas eu vou lá, eu pego o prontuário, eu anoto no prontuário, eu converso com o médico: “Olha, tá acontecendo isso. É assim...”. Mas nem sempre foi assim, né? Nem todos os médicos dão pra gente esse respaldo (Patrícia, GF6).



A partir das falas das/os participantes, é possível identificar alguns motivos para a pouca interação da/o médica/o com o restante da equipe. Um desses fatores seria sua postura profissional. A/o médica/o é descrita/o como uma/um profissional pouco acessível, que gosta de trabalhar isolada/o, focada/o em aspectos biológicos e no modelo de atendimento ambulatorial. A realização de outras atividades e a interação com outras/os profissionais é vista como irrelevante e, portanto, como perda de tempo.

As reuniões, médico, de seis, um ou dois que, às vezes, participa. Isso aí também é outra luta. É, eles não acham resolutivo. Eles acham resolutivo atender trinta pessoas no dia do que participar muito e discutir pra tentar melhorar esse paciente, né? Pra poder não ficar voltando na consulta, né? E ele acha que... a conta dele: “Não, enquanto eu tô aí conversando com vocês, eu posso atender dez pessoas”. [...] Ele faz essa conta. Nós já escutamos isso lá, falando assim. Eu falei: “Ah, então tá”, né? Aí, eu fui conversar com ele depois, tentar falar algo, mas é difícil. Assim, o médico, eu acho que seria o nosso melhor aliado, mas às vezes ele é nosso quase que inimigo, né? (Augusto, GF2).

Eu vejo assim, que a maior dificuldade, ainda, é de mudar isso é em relação também ao médico. O médico ele vem muito com uma postura de medicalização, de... tudo, né, que a gente sabe que envolve a área médica. Então, às vezes eu consigo ter contato com a equipe, conversar com terapeuta ocupacional, com a enfermeira, mas o médico é inacessível (Carla, GF5).

Eu separei da minha esposa, tô chorando, chego no posto de saúde, o médico não atende: “Saúde mental, CAPS”. Aí chega lá, o CAPS: “Toma medicação”. E aí aumentou a demanda. E tá uma demanda tão grande. Os médicos se isentam, do posto de saúde, de fazer um trabalho que eles podem e devem fazer (Márcio, GF3).

Por outro lado, algumas dessas questões poderiam ser minimizadas a partir de decisões e posicionamentos gerenciais que priori-

zassem a interação da equipe. Como afirma Aurélia (GF1), “Só que tem uma questão também que é da gerência, gerencial. É preciso também fechar uma agenda pro médico estar lá. Como ele vai estar em dois lugares? Atendendo e no matriciamento?”.

A alta rotatividade é um fator que também aparece como um aspecto que interfere no estabelecimento do vínculo da/o médica/o com a comunidade e com a equipe.

Zona rural: a gente troca de médico muito rápido, muito rápido, porque eles acabam de formar e entram pra trabalhar na unidade, fazem outro concurso e vão embora. Vão embora mesmo. [...] Se ele não tiver dentro dele a saúde da família, né, um médico de família, ele não vai ficar. Ele não vai trocar um salário de 12, 15 mil por um de 50, 150, não vai trocar né. Então, a gente tem que trabalhar com essa rotatividade (Paula, GF3).

Todos esses fatores indicam a permanência de uma dinâmica médico-centrada, contrária ao que prescreve a PNAB, que retira dos procedimentos e profissionais o lugar de centro no processo de trabalho para colocar a/o própria/o usuária/o como foco da atenção integral à sua saúde (BRASIL, 2012a). Para que essa mudança aconteça é preciso que a organização dos processos de trabalho seja discutida no interior de cada equipamento de saúde, reconhecendo e permitindo a contribuição de todas/os de forma a ultrapassar a predominância da hegemonia do poder técnico e político das/os profissionais médicas/os.

3.3. AS/OS AGENTES COMUNITÁRIAS/OS DE SAÚDE (ACS) NA EQUIPE

Na proposta da PNAB, a/o Agente Comunitária/o de Saúde (ACS) se apresenta como “peça chave”, uma vez que se adapta de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um modelo assistencial que aproxima a família do serviço de saúde. Atuando como mediadora/r entre a comunidade e a equipe de saúde,



a/o ACS se mostra, para Nunes *et al.* (2002), como um personagem híbrido e polifônico, pois congrega os saberes populares de saúde e os saberes médico-científicos, práticas de saúde da comunidade e referenciais biomédicos. No entanto, ocupando posição tão estratégica, a/o ACS pode ser tanto um facilitador como um empecilho na relação entre equipe e comunidade.

Cohn, Nakamura e Gutierrez (2009) desenvolveram uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), acompanhando o trabalho de equipes de PSF, principalmente das/os ACS, por meio de sete estudos de caso no estado de São Paulo, sendo quatro na capital e os outros três nos municípios de Diadema, Santo André e São Bernardo do Campo. De acordo com os dados obtidos, elas relatam como o trabalho das/os ACS se dá pela entrada na vida privada das pessoas atendidas. Ao mesmo tempo em que essa entrada tem caráter regulador, por ser a/o ACS uma/um representante do Estado, esta/e é também alguém com vínculo com a população, o que pode potencializar as ações da ABS. Sendo assim, o contato da/o ACS com a população atendida vai além das questões de saúde, passando por outras dimensões da vida social, como questões pessoais, do território e até mesmo de outras áreas de políticas públicas, como a assistência social. As autoras dão exemplos encontrados em sua pesquisa de casos nos quais questões de saúde de alguma/m usuária/o que não verbaliza queixas, se revelam no contato com vizinhas/os – o que permite que a/o ACS dê a devida atenção ao caso (COHN; NAKAMURA; GUTIERRES, 2009). Portanto, estar nesse lugar duplo não é tarefa fácil, o trabalho desdobra-se em tensões e conflitos de papéis que precisam ser debatidos, mas que revelam o potencial das ações por meio da abertura de novos espaços de diálogo e da aproximação da população dos serviços de saúde e vice-versa.

As falas das/os participantes da pesquisa revelam tanto experiências positivas quanto negativas de interação com as/os ACS, sendo

as primeiras mais frequentes em seus discursos. Durante a análise dos GFs, percebemos que os relatos acerca do trabalho dessas/es profissionais apresentam ao mesmo tempo uma valorização do papel da/o ACS e uma preocupação com a qualidade deste trabalho. A valorização se dá pelo reconhecimento de que, por fazer parte da comunidade e, portanto, conhecer o território, a/o ACS possui um grande potencial para mediar a relação desta com a equipe de saúde.

O agente comunitário de saúde, pra mim, ele é a peça fundamental e tem que ser mesmo. Ele faz parte da comunidade, ele conhece aquela pessoa, ele que vai nos dizer: “Fulano, esse final de semana, recaiu”, “Fulano, esse final de semana, fez isso, fez aquilo, fez aquilo outro”. Porque ele conhece, ele tá na comunidade, ele tem que ser mesmo o ator principal do PSF (Talita, GF4).

Elas [as ACS] são os meus olhos e os meus ouvidos. [...] As Agentes de Saúde, elas contam todas as coisas e elas articulam (Paula, GF3).

O ACS, eu fico encantado com o trabalho que eles fazem. Encantado! Porque eles tão lá na ponta, eles conhecem o fundo da cozinha de todo mundo (Tales, GF1).

É interessante [o trabalho das/os ACS] até mesmo pra saber o número real de pessoas hipertensas, né, de pessoas diabéticas, pra fazer aqueles quadros epidemiológicos e aí que é mais interessante, até mesmo para o trabalho do NASF, né? [...] Pra gente focar também no trabalho com relação a leishmaniose, com a sensibilização da população... (Márcio, GF3).

Segundo Nunes *et al.* (2002), a atuação da/o ACS prevê um movimento de duas vias: uma de orientação às famílias para o acesso apropriado aos serviços de saúde e outra de informar à equipe de saúde aspectos importantes para o entendimento das dinâmicas e necessidades da comunidade. Pensando nessa dupla função, as autoras (NUNES *et al.*, 2002) destacam que a formação dessas/es profissionais deve contemplar conhecimentos acerca do processo saúde-doença que abranjam tanto a perspectiva biomédica quanto habilidades para a interação



com as famílias e para o reconhecimento de suas necessidades.

A preocupação com a qualidade do trabalho prestado pela/o ACS leva as/os participantes dos GFs a falarem da necessidade de que a gestão local do SUS esteja atenta e comprometida com a capacitação destas/es:

Às vezes, o agente não sabe o quê que é importante pra cada profissional. Eu acho que também é função nossa também poder tirar deles, né, qual informação que é importante pra gente. Eles não têm formação nenhuma, né, gente? A maioria, né? Eles são pessoas da comunidade que não tem muita instrução, tem segundo grau, né? Uns mais instruídos, outros menos [...]. A gente tem que fazer a educação continuada, fazer reuniões, perguntar o quê que eles têm dúvida pra poder esclarecer, pra trazer os casos pra gente (Augusto, GF2).

É, por exemplo, na reunião de agentes, até aula de psicopatologia elas têm, [...] de psicofarmacologia pra saber: “Olha, esse aqui toma esse medicamento, então o perfil dele é mais isso e aquilo”. Então, elas sabem da importância (Jane, GF2).

E a gente tá sempre articulando também na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Alguém falou, eles são os olhos, né? Então pra eles terem os olhos de ver, de observar e de saber. Não é só de chegar lá e fazer uma visita qualquer (Márcio, GF3).

Essa capacitação, assim como apontado por Nunes *et al.* (2002), precisaria, no entanto, ir além dos conteúdos biomédicos, abrangendo também uma orientação sobre a interação das/os ACS com as famílias e usuárias/os e o cuidado necessário em relação aos aspectos éticos envolvidos em seu trabalho.

Lisa: Mas nem sempre elas têm muita ética não, viu? É uma coisa que eu acho que tem que ser trabalhado mais com as ACSs. Eu já tive que chamar atenção uma vez porque tavam comentando de paciente na recepção, né? E isso é uma coisa que não tá legal, né?
Tobias: Esse é o trabalho do matriciamento. Esse é o trabalho que

a gente faz. [...]Tem oito anos que eu... que a gente tá lá assim, a equipe se manteve. Então, hoje elas têm um entendimento disso, mas já teve, já tivemos muito problema (GF1).

Então, eu vejo que o funcionamento do grupo ali, faz diferença em como elas se comportam. Se elas têm mais regra, mais escuta, mais reuniões, mais valor do que elas fazem, elas são... Eu percebo que a tendência é que elas sejam mais éticas (Kênia, GF1).

Percebemos que mesmo que haja questões na execução do trabalho das/os ACS com as quais as/os psicólogas/os se preocupem, estas são vistas como obstáculos superáveis quando a eSF se organiza para isso. Além disso, não há como negar o importante papel que esses atores desempenham para a efetivação da PNAB. Como afirmam Silva e Dalmaso (2002), a/o ACS viabiliza a Estratégia Saúde da Família na medida em que seu atendimento ultrapassa as necessidades da comunidade e se volta para técnicas de cuidado, pensando a saúde em sua concepção ampliada.

3.4. EXPECTATIVA DA EQUIPE DE SAÚDE QUANTO AO LUGAR DA/O PSICÓLOGA/O

A percepção das/os demais profissionais quanto ao lugar da/o psicóloga/o na ABS, parece interferir diretamente em sua integração na equipe de saúde. Algumas/ns participantes dos GFs identificam uma forte associação da profissão com a análise de pessoas e situações, como se esta acontecesse de forma automática ou mesmo mágica e desse à/ao psicóloga/o a prerrogativa de resolver questões complexas e/ou inesperadas, como no exemplo narrado por Emanuele (GF7):

Outro dia a enfermeira me chamou porque tinha uma dona que ela tinha deficiência física e, assim, ela não tem transtorno mental nenhum. Às vezes, ela fica nervosa pela condição dela de não poder caminhar e ela e a irmã brigam muito. Então, o quê que ela resolveu fazer? Ela resolveu que não queria mais morar com



a irmã, que ela queria ir pro asilo. A enfermeira me chama lá pra convencer a mulher pra ficar na casa da irmã, brigando com a irmã porque o asilo de [município] não aceitava ela. [...] Então, assim, são umas questões muito difíceis porque, assim, o psicólogo é visto como aquele que tem varinha mágica.

No entanto, o que aparece com mais frequência nos GFs é a expectativa de responsabilização da/o psicóloga/o pela assistência à saúde da/o portadora/or de sofrimento mental e por uma atuação exclusivamente ambulatorial. Algumas/ns psicólogas/os percebem a delegação do atendimento à/ao paciente com transtorno mental como uma valorização profissional, como Célia (GF6):

É muito bacana porque, assim, o que eu vi assim na faculdade era que os médicos em si excluíam muito as outras... não acreditavam muito no trabalho da Psicologia, né? E lá, [eles] percebem que a gente lida muito bem com esses pacientes. Igual a questão mesmo, o psicólogo não serve pra nada, mas se o paciente tá ali em surto, até os médicos viram e falam assim: “Você não vai almoçar agora não. Tem um paciente ali que você vai ter que atender”. [...]. Às vezes: “Não. O caso seu não é comigo. É com a psicóloga” – já encaminha. Entendeu? Então, assim, é muito bacana esse trabalho. Pelo menos eu me sinto valorizada lá.

Porém, a maior parte se queixa de que essa percepção geraria a desresponsabilização do restante da equipe pelo acompanhamento desses casos.

Eu acho que as pessoas pouco têm entendido o que é isso, do que se trata, tanto da atenção básica quanto da saúde mental, acho que se confunde muito... [...] E aí, na semana passada, nós estávamos numa reunião [...] e me gerou um mal estar quando eu percebi que inclusive a própria equipe de saúde mental direciona a mim – enquanto saúde mental na Atenção Básica – algumas responsabilidades assim, como se eu tivesse que sustentar toda a saúde mental da Atenção Básica, sabe? (Felícia, GF4).

Em um estudo conduzido por Bittencourt e Mateus (2006, p. 341) sobre a atuação de psicólogas/os na ABS do município de Bonito, em Mato Grosso do Sul, observou-se uma

preocupação por parte tanto de profissionais quanto de usuários, com relação a saúde mental, tanto sob uma perspectiva individual [...] quanto coletiva [...]; e que na realidade pesquisada o profissional psicólogo é fortemente identificado com o papel de facilitador das práticas geradoras de saúde mental, de melhoria de qualidade de vida, sendo percebido como alguém a quem se pode recorrer na busca de acolhimento, em situações consideradas difíceis.

Bittencourt e Mateus (2006) acreditam que o reconhecimento da/o psicólogo/a como profissional de referência em saúde mental na ABS, revela a importância dada à presença da categoria nesse campo para promoção da atenção integral à população e humanização do atendimento. Parece-nos que a associação do trabalho da/o psicólogo/a frente à atenção à saúde mental, é algo natural e marca uma contribuição importante da profissão. No entanto, concordamos com as/os participantes dos GFs de que isso não pode acarretar numa desresponsabilização das/os demais profissionais quanto ao tratamento dessa questão.

A expectativa de uma atuação exclusivamente ambulatorial geraria, por sua vez, a realização de encaminhamentos equivocados e também certo estranhamento em relação a atividades que fogem a esse padrão.

Os encaminhamentos da forma como vem, né, a expectativa dos serviços, dos profissionais. Eu acho que o que atrapalha muito é o desentendimento das pessoas... [...] Não é só gestão, é inclusive dos colegas de trabalho da gente, os profissionais que acompanham a gente, que trabalha com a gente dia a dia, muitas vezes eles não sabem o quê que é o nosso trabalho e traz e envia pra gente, demanda da gente, pra gente uma demanda que não seria aquela demanda, entendeu? Eu vejo, eu vivencio muito isso assim (Felícia, GF4).



Porque eles nunca viram isso, a partir do momento que entrou um psicólogo e começou a fazer, e eles veem as crianças passando ali, né, pra usar uma sala de grupo, eles se surpreenderam com o trabalho assim. Já tem lugares que isso incomoda que cria um desconforto. É mais fácil a pessoa quietinha lá, esperando o atendimento dela, e sai um, entra outro, sai um, entra outro. Causa menos dificuldade (Carla, GF5).

Algumas/ns participantes procuram demonstrar como cabe à/ao própria/o psicóloga/o desatrelar sua atuação do modelo de atendimento clínico tradicional e trazem exemplos de como isso tem sido possível em seu cotidiano de trabalho:

É uma questão cultural do psicólogo, né, ter esse viés clínico somente. Então, como é uma questão cultural, a responsabilidade é dos próprios psicólogos de distribuir aí outras visões em relação a sua função, né? Então, quando o colega fala em relação aos gestores, eu amplio isso até pros próprios técnicos, porque a exigência não é somente da população de que você faça clínica, mas do enfermeiro que trabalha do seu lado que não sabe que, por exemplo, você pode dar um apoio pra ele em relação às dificuldades que ele tá tendo numa visita domiciliar, né, e ele não sabe disso. [...] Mas, na verdade, eu acho que é bem isso [...] da gente sair desse lugar e incomodar mesmo, né? [...] Então, às vezes incomoda, mas a gente que tem que mostrar qual é o nosso lugar ali, né? (Amélia, GF2).

Lá em [município], a demanda, a princípio, era totalmente voltada pra clínica. A visão do gestor era essa: “Vocês precisam me trazer muito atendimento clínico”, né? Aí, ano passado, a gente teve a oportunidade de fazer um curso oferecido pela Fiocruz [Fundação Oswaldo Cruz] de aperfeiçoamento em NASF e, aí, a gente teve a oportunidade de convidar o gestor pra participar de alguns encontros com a gente, porque ele não tinha conhecimento sobre a política, né? [...] algumas vezes, o gestor pôde participar como ouvinte e, a partir daí, que ele viu como que se deve ser o trabalho do NASF. Hoje tem o atendimento clínico? Tem, mas ele é um atendimento clínico mais discutido. Através das discussões de caso, as reuniões de matriciamento, que aí a gente vê essa demanda (Teresa, GF6).

Lá também a gente tem grupos de adolescente, grupos de idosos. Então, o trabalho, ele é compartilhado. A gente tenta realizar esse matriciamento mesmo. Foi difícil? Foi. Mostrar pro gestor, né, qual que deve ser o nosso trabalho, mas a partir do momento que a gente começou a colocar na prática, que ele viu que foi bom, que funcionou e que a população passou a conhecer o nosso trabalho, hoje ele apoia, tá? Hoje, ele apoia, mas foi muito difícil de caminhar (Teresa, GF6).

No entanto, é importante frisar que, mesmo nessas falas que demonstram que a/o psicóloga/o foi bem sucedida/o na alteração da visão sobre o seu trabalho, é possível perceber que lidar com essa questão não é um processo simples. Geralmente, o desconhecimento sobre o fazer da Psicologia advém de outro problema mais grave, a ignorância quanto aos preceitos e princípios da própria PNAB.



4. TRABALHO EM REDE

Para iniciarmos a discussão sobre o Trabalho em Rede, começaremos destacando que a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é definida na PNAB

como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012a, p. 25).

A ABS tem, portanto, papel fundamental para a organização das RAS, devendo contribuir para o funcionamento das mesmas ao realizar quatro funções, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012a): ser base, ou seja, participar sempre no cuidado, possuindo alto grau de descentralização e capilaridade; ser resolutiva, utilizando-se da clínica ampliada para analisar e responder às demandas de forma efetiva e que contribua para a autonomia dos sujeitos; coordenar o cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários nas RAS; e ordenar as redes, contribuindo para que o trabalho dos serviços seja organizado a partir das necessidades de saúde das/os usuárias/os.

A partir disso, a categoria *Trabalho em Rede* aborda dois tópicos: (1) encaminhamentos e apoio matricial, que trata do fluxo das/os usuárias/os na rede e as estratégias que a PNAB prevê para que isso aconteça, e (2): as estratégias de articulação, que fala dos recursos que as/os profissionais usam para articular a ABS com a rede previstos ou não na política, para além dos encaminhamentos e do apoio matricial.

4.1. FLUXO DA REDE: REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL

As/Os psicólogas/os falam do trabalho em rede focando no fluxo de encaminhamentos dentro desta, deixando escapar, muitas vezes, o conceito ampliado do que seria este trabalho. Além disso, dizem também acerca de reuniões de saúde intersetoriais, reuniões de matriciamento, articulação com a comunidade e outras áreas – como assistência social e educação – e dificuldades encontradas.

As/os profissionais relatam a utilização da estratégia de referência e contrarreferência para a realização de encaminhamentos, sendo que, em alguns locais, estes já funcionam com esse expediente e, em outros, isso ainda está em processo de implantação:

Ananda: E a gente não recebe a contrarreferência. Eu não sei vocês. A gente encaminha...

Kênia: Eu não recebo também (GF1).

É... essa questão da referência e contrarreferência é uma dificuldade nossa, por quê? Papel ia, não voltava. Agora, foi implantado prontuário eletrônico e tem facilitado muito pra gente, né? É... a rede lá em [município], ela é mais articulada, né? (Flora, GF5).

A minha rede até que funciona. Em questão de referência e contrarreferência, nós temos até papel que a gente encaminha com o paciente. Então nós temos a referência e a contrarreferência. Tá mais fácil trabalhar. [...] Então, assim, a rede ali na nossa regional de saúde, que pertence a [município], tem funcionado (Rebeca, GF5).

Desta maneira, observamos que a estratégia de referência e contrarreferência se apresenta como importante instrumento de comunicação e interlocução entre os pontos de atenção no cuidado integral da/o usuária/o no SUS. Contudo, apenas ela não é suficiente. A PNAB preconiza que:



A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a, p. 69).

A hierarquização do atendimento à saúde, baseada na especialização, leva à fragmentação dos serviços de saúde e à burocratização no seu acesso. Esse modelo, do qual os encaminhamentos fazem parte, ao invés de promover a corresponsabilização entre profissionais e serviços, acaba levando à desresponsabilização. (DIMENSTEIN *et al.*, 2009). Podemos ver, nos exemplos citados pelas/os profissionais, essa dificuldade de articulação e comunicação para o compartilhamento das responsabilidades sobre os casos, como se existisse uma dificuldade em entender o papel e a importância da participação dos diversos pontos de atenção no processo do cuidado integral dos casos:

A dificuldade, às vezes, surge na hora que a gente tem que se comunicar com outras equipes. Quando, por exemplo, a gente tem que se comunicar com o PSF. Algumas equipes têm mais resistência. A gente encontra alguns problemas, às vezes, uma articulação com outros setores ou com a atenção secundária. Por exemplo, lá há uma queixa muito grande na comunicação com o CAPS. Porque a gente percebe que, às vezes, os casos que a equipe identifica como sendo de CAPS, digamos assim, o paciente que precisa de uma intervenção do CAPS, o CAPS devolve pra equipe, né? Então, isso aí gera muita falha na comunicação, desgasta (Flora, GF5). Uma das coisas que foi comentado muito na Conferência [Municipal de Saúde] também foi a questão do diálogo, é... só chega até certo ponto e é interrompido. Passa, por exemplo, da nossa unidade pra outra ou até mesmo pra chegar à gestão e é interrompido, dali não vai mais. Então, para sempre em algum lugar.

Então, essa falta de informação, tanto pro profissional quanto pro usuário, dificulta muito porque, às vezes, poderia ser melhor e é interrompido (Regina, GF5).

Lucas: Então, tem os problemas, só que: “Ó, o problema é pra quem?”. “Pro CAPS”. Aí você liga pro CAPS e o CAPS: “Não. Pe-raí. Tem NASF aí?”. “Tem”. “Então manda pro NASF”. O NASF chega lá: “Mas isso é do Cras [Centro de Referência de Assistência Social]”. Aí, não há essas conexões.

Emanuela: Hunhum!

Tânia: Exatamente.

Lucas: Muitas vezes chega no Cras, eles mandam de novo pro NASF.

Tânia: E o próprio usuário fica cansado disso [...]. Aí, às vezes é isso. O usuário não vai aos grupos operativos. Eles não vão porque, às vezes, eles estão cansados também de rodarem nessa rede (GF7).

A ABS tem o papel de articular os pontos de atenção à saúde, organizando a rede e facilitando o diálogo dos equipamentos entre si e das/os usuárias/os com os mesmos, possibilitando a gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2012a). Compartilhar as responsabilidades tem como objetivo aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe (BRASIL, 2005). As/Os psicólogas/os relatam algumas tentativas de fazer a rede funcionar dessa forma, mas a lógica predominante, ainda é a de passar a responsabilidade dos casos para uma/um especialista, sem que haja um diálogo efetivo para a amarração das condutas entre as/os profissionais da equipe ou de diferentes serviços:

Hoje diminuiu muito a demanda. Por quê? Tem o NASF e eu mando de volta, porque se chega pra mim atendimento psicossocial não é meu. Se for atendimento domiciliar, algo assim, não é meu. [...] A pessoa teve uma crise nervosa, eles já chegam falando pra gente que tem que ir pro CAPS. [...] Então, há essa distorção de papéis e eu acredito muito desse todo, desse sistema, que não está entendendo o quê que é o papel de cada um (Larissa, GF7).



[...] o clínico geral, ele encaminha, ou qualquer outro profissional pode encaminhar. Eu recebo encaminhamento da fono, da escola... Só que eu não tenho uma oportunidade de discutir o caso, por exemplo, com o psiquiatra do CAPS. Só que eu já tenho com o pediatra da unidade onde eu tô, né? Então, a gente conseguiu estabelecer assim: “Não, não vai marcar”. A pessoa chega lá com o encaminhamento do clínico geral do PSF pra marcar direto com o psiquiatra. Não, não vai ser assim. [...] vai chegar até mim, aí eu, junto com o pediatra, a gente senta, vê... (Carla, GF5).

O apoio matricial (AM) é, para alguns, uma estratégia de superação dos problemas mencionados anteriormente.

A gente evitou essa questão do encaminhamento, sabe? Inclusive o psiquiatra tava pedindo: “Ah, tem que ter o encaminhamento do médico”. E nós avaliamos que não é assim, porque a questão é a reunião de matriciamento. É lá que tem que haver a discussão dos casos. Não é um encaminhamento que vai me determinar se eu vou fazer o atendimento ou não (Tobias, GF1).

Olha, lá a gente entende que a porta de entrada é PSF. É Equipe de Saúde da Família. Então se o Cras quer encaminhar, encaminha para o PSF. [...] Aí, reunião mensal, né? Então a gente faz reunião, faz a ata, faz os agendamentos e, na outra reunião, a gente dá os retornos. Não tem nada de... A não ser quando a gente tá fazendo o encaminhamento para o PSF manter o atendimento. Aí, tem um formulário próprio até muito interessante lá de [município]. O manejo é terapêutico. [...] E, aí sim, a gente, na reunião de matriciamento, a gente entrega as informações. [...] Apesar de ser um pouco difícil, assim, acho que esse contato pessoal, acho que vale muito mais do que você mandar um encaminhamento (Tobias, GF1).

O AM objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes de referência em atenção à saúde nas UBS, contribuindo para a organização de fluxos e para uma sistematização entre os equipamentos de saúde mental, as UBS e os pontos de atenção. “Permite, além disso,

diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais.” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p. 635). As/os psicólogas/os relatam as vantagens da implantação desse modelo de matriciamento:

Mas existe também a ideia de o usuário, ele não ficar centrado, né, no especialista – o psiquiatra e um psicólogo. Então, se a medicação, pelo menos lá onde eu trabalho – isso também é da política, né –, se ele tá bem com essa medicação, se ele tá estável, ele pode ser encaminhado pra retomar com o clínico. [...] o espaço do matriciamento, muitas vezes, é pra isso também: o clínico tá tendo uma dúvida com essa medicação; ele vai lá, discute com o psiquiatra; se for necessário, remarca com o psiquiatra (Aurélia, GF1).

O médico do PSF também poderia, por exemplo, uma depressão leve, né? Então lá, eles, tipo assim, encaminha pro ambulatório de saúde mental, sendo que é uma coisa que ele mesmo poderia tá resolvendo ali. [...] Aí, agora, eles começaram com o matriciamento. O médico do CAPS tá indo nas unidades capacitando o médico do PSF pra ver se a gente consegue reduzir isso também, né? (Ananda, GF1).

Agora, aqui em [município] tá acontecendo uma coisa que eu acho muito interessante, apesar de toda a dificuldade que a gente tem em se trabalhar – no meu caso – com as Estratégias de Saúde, é a questão do matriciamento, né? [...] A cidade foi dividida em pólos e aqui a gente tem três apoiadoras, no caso da Psicologia, e não sei quantos são os apoiadores que são psiquiatras. E aí, com a gente, acabou facilitando essa questão de passar os nossos usuários que já tem casa, que estão estáveis, pras Estratégias de Saúde, marcando discussões de caso e mostrando a responsabilidade daquela estratégia para com o paciente (Tina, GF6).

Segundo Campos (1999 *apud* DIMENSTEIN, 2009), com o AM, o encaminhamento não existe de fato, pois a forma de trabalhar passa a ser a construção de projetos terapêuticos que são executados



por mais profissionais, além da equipe de referência, que se mantém responsável pelo caso. Portanto, é necessário “coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS” (BRASIL, 2012a, p. 26). O projeto terapêutico singular pode ser entendido “como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido”. (BOCCARDO *et al.*, 2011, p. 87). Nas palavras de Vanessa (GF7): “Ele [o Projeto Terapêutico Singular] é um dos primeiros passos que tem. Eu acho que é a primeira forma de você fazer a rede, entendeu? Eu acho que é a primeira forma d’eu trazer pra conversar e discutir aquele caso”.

Diante do desafio da organização de um modelo de atenção integral, a PNAB (BRASIL, 2012a, p. 26) destaca a necessidade de

incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos microrregulação de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade.

Trata-se de uma prática que vai se afirmando e sendo desenhada de acordo com a realidade de cada território, apesar das dificuldades em alguns pontos de atenção. Vejamos alguns relatos:

A gente consegue os encaminhamentos. Eles [pessoas em situação de rua] vão até à UBS, eles levam esses encaminhamentos do

médico, mas quando chega ao exame de imagem ou no médico especialista, aí há um entrave. [...] Porque demora muito. [...] Então, eles desaparecem e aí, meses depois, a gente aparece: “E aí, saiu?”. “Não” [ri]. Então, esse é o grande entrave que nós temos aqui no Consultório na Rua. Tá sendo esse: a questão dos encaminhamentos. Esse exame de laboratório, a gente consegue fácil. Até o preventivo também. [...] Mas quando se trata da mamografia também, aí já pesa porque é um exame de imagem (Celina, GF3).

Então, assim, a gente faz uma reunião com o NASF, uma reunião de rede intersetorial. Essa reunião de rede intersetorial, alguns profissionais da saúde [...]. Inicialmente, era feito com alguém da educação, foi pedido que alguém da cultura, até mesmo o vereador participando, do esporte... Então, assim, algum representante de cada segmento ali da cidade. Assistente social... [...] Nessas reuniões intersectoriais, a gente conversa sobre algum caso que tem a ver com a rede também e não só com algum determinado serviço, mas algum caso que, às vezes, aquele serviço não tá conseguindo mais lidar e aí já é buscar amparo, apoio com os outros serviços (Felicía, GF4).

Mas sabe de uma coisa que lá em [município] tem funcionado [...] A gente criou um protocolo de atendimentos, o quê que cada serviço faz. E aí cada enfermeira, cada unidade tem esse protocolo pra poder saber o quê que se desenvolve em cada equipamento (Luan, GF7).

São muitos os desafios do trabalho em rede, mas muitas também são as saídas a serem construídas e articuladas. Tendo isto em vista, as/os profissionais precisam sair dos espaços institucionais já conhecidos e empreender novas formas de trabalho. Além desses recursos da PNAB, citados anteriormente para organização do fluxo da rede em busca de torná-la mais efetiva, as/os profissionais precisam criar estratégias frente às questões do cotidiano do trabalho, como demandas e articulações com outras áreas, como Educação e Assistência Social, e com a comunidade. O próximo tópico abordará



os desafios e essas estratégias utilizadas pelas/os profissionais para contribuir com o funcionamento da rede.

4.2. OUTRAS ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO

Como previsto na PNAB (BRASIL, 2012a), as/os profissionais e as equipes da atenção básica devem se reunir para planejar as ações e avaliar as necessidades de saúde da população. As/Os psicólogas/os dos GFs relataram como esse diálogo vem crescendo, bem como as tentativas de torná-lo parte do cotidiano:

Então, tem crescido esse diálogo. Nós fazemos reunião uma vez por mês com todas as pessoas que atendem a população em situação de rua aqui em [município]. Uma outra reunião mensal com o pessoal da saúde mental, pra discutir esses casos que estão na rua e que precisam desse suporte. Então, assim, a rede ainda tem suas falhas, mas a gente já avançou muito com essa gestão atual (Tânia, GF7).

Kênia: Ah, e essa questão de uma reunião mensal com todos, né, igual você falou, os ESFs, acho que pra uma cidade pequena, pelo menos na minha, isso não é muito fácil. A gente até faz, nós da saúde mental, e às vezes fazemos, né, com os PSFs. Aí chama o pessoal do Cras, do Creas [Centro de Referência Especializado de Assistência Social]. Mas se formalizar isso, assim, fazer isso pessoalmente, não é uma coisa que acontece com frequência não. É mais é o telefone mesmo. Eu acho que seria bem interessante. Às vezes você tem que fazer, né, toda uma mobilização mesmo e criar uma rotina, tipo: “Faz parte do trabalho ter reunião...”.

Aurélia: De matriciamento (GF1).

Além da articulação dentro da ABS, as/os psicólogas/os falam da importância de desenvolver um trabalho com outros serviços da saúde e também de outros setores, como o Cras, Creas, Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua) e CAPS. É preciso, aqui, levar em consideração que as cidades de menor porte têm menor presença de equipamentos, o que difi-

culta tal intersectorialidade. Também no questionário *on-line*, 65,1% das/os psicólogas/os relatam que acionam a Assistência Social no decorrer do seu trabalho. As/Os profissionais dos GFs relatam que tentam como estratégia a realização de reuniões entre esses serviços para a discussão de casos, atendimentos em conjunto e realização de palestras, como ilustra o exemplo abaixo:

E a gente tá trabalhando em consonância com o Centro POP e o abrigo noturno, então, isso tem facilitado mais o trabalho do psicólogo que é de estar orientando mais aquele grupo fechado que está ali. [...] E tenho levado palestras sobre DSTs [doenças sexualmente transmissíveis], Aids [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida], tuberculose, esse tipo... Até da diabetes e hipertensão a gente tem levado palestra pra eles, mais no Abrigo e no Centro POP, né? (Celina, GF3).

Mesmo reconhecendo a importância dessa articulação da rede de saúde com outros setores, há dificuldades de fazer com que ela aconteça. No questionário *on-line*, 44% das/os psicólogas/os relatam o trabalho em rede como um desafio. A psicóloga de um dos GFs também o faz:

Então, essa questão da rede intersectorial é uma dificuldade muito grande, [...] tem profissional tanto na Saúde quanto na Educação, quanto no Esporte, vamos supor, dispostos a desenvolver um trabalho de promoção à saúde numa determinada área, mas só que cada um fica na sua caixinha. Mas não por perfil do profissional, eu ainda não percebo assim, mas o perfil é institucional mesmo. Entendeu? A própria instituição que ainda não aprendeu ou a desenvolver um trabalho em rede, sentar... assim, nem mesmo dentro da própria instituição, do próprio setor, imagina intersectorial! (Naiara, GF5).

Entraves relacionados à autonomia das/os profissionais, poder de decisão e à cogestão também existem, como pode ser observado no relato de Tina (GF6):



Tina: Aqui em [município] tem uma instituição [...] que a coordenadora, ela liga pra gente, fala assim: “Olha, aqui tem um usuário, ele tá assim, assim, assim. Aí, eu queria que você trouxesse a médica aqui pra dar uma olhada nele e você já podia trazer o remédio tal e tal. E, a gente também vai precisar de um relatório assim, assim porque vai ser internado. [...] Então, a gente quer o relatório seus lá falando que ele tem isso, isso e isso”. Nós [a equipe] não vamos fazer. Pesquisadora: Já dita tudo, né? (GF6).

Outras/os participantes dos GFs relatam essas demandas vindas de vários lugares diferentes, muitas vezes que nem dizem respeito à área da saúde, nas quais a/o profissional é requisitada/o para práticas que não condizem com a Psicologia como ciência e profissão e não respeitam a sua ética profissional. As/Os psicólogas/os questionam sobre como respondê-las e debatem sobre quais as possíveis estratégias que elas/es têm encontrado.

Então, a gente recebe demanda de médico, todos; pediatras, todos; escolas, todas; é, Cras, Creas, psiquiatra, fórum... Quando a gente é intimado, a gente tem que parar tudo que tá fazendo pra fazer avaliação psicológica para o fórum, né, de graça, de livre e espontânea... (Dalila, GF2).

Pietra: E o mais engraçado é que o Conselho Tutelar, ele já te diz o que você tem que fazer. Você não tem direito nem de avaliar não. Eles já falam pr'ocê assim ó: “Encaminho o fulano, adolescente tal com indícios de não sei o quê para atendimento psicoterápico”. [...] Onde que eu tô respaldada por isso também? Eu posso responder, então, pro Conselho Tutelar da mesma forma, então, que eu não faço esse trabalho, né, que eu recuso?

Paula: Ou então fazer uma avaliação, não? Faz uma avaliação psicológica onde você diagnosticou, vamos supor, ah, realmente que tenha lá um estresse pós-traumático, né, onde realmente deve ser acompanhado e tal, mas que por ser violência, você vai encaminhar pro Cras ou pro Creas. Aí, vem as parcerias. Você não precisa pegar diretamente (GF3).

A produção de documentos a partir de avaliação psicológica deve ser orientada pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo (CEPP), sendo necessário que a/o psicóloga/o tome cuidado com o sigilo profissional e com as questões relacionadas à Justiça, sempre se atentando às relações de poder que perpassam essas demandas e identificando riscos e compromissos do alcance de tal documento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003).

Uma das atribuições das/os profissionais da ABS é “identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais” (BRASIL, 2012a, p. 45). As/Os psicólogas/os dos GFs relatam que buscam parcerias com outros serviços como os Cras, entre outros componentes da comunidade:

E aí a gente tem que fazer esse intercâmbio com o SENAI [Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial], né, pra pessoas poderem trabalhar. Chamar a sociedade, grupos de empresários... No caso lá que tem pousada, pra gente tentar curso de culinária, de arrumar quarto [...]. A gente tem que realmente interagir com a população [...] (Paula, GF3).

A PNAB (BRASIL, 2012a) prevê que as equipes de atenção básica, quando necessário, devem realizar atenção à saúde em outros locais do território, além das UBS. Nessa articulação com a comunidade, um ponto a se destacar é a questão de crianças e adolescentes e, em especial, a escola. As/Os psicólogas/os relatam que o campo da Educação é um dos que mais demandam. Deste modo, elas/es dizem que precisam manejar a articulação cuidadosamente para que não desenvolvam um trabalho que induza a ações patologizantes e medicalizadoras de queixas escolares, já que, muitas vezes, a Psicologia é chamada a fazer parte disto apenas nessa perspectiva - do que é individual e patológico.

As/Os profissionais de Psicologia relataram nos GFs que, dentre as dificuldades dessa articulação com as escolas, estão a rotulação das crianças e adolescentes, a medicalização excessiva, o grande número



de encaminhamentos e o entendimento do fracasso escolar como um problema individual da/o aluna/o, o que dificulta que a escola se implique em um trabalho em conjunto com as/os psicólogas/os. Dentre as estratégias citadas para que a articulação aconteça, estão: o diálogo com as/os professoras/es, realização de avaliação psicopedagógica das crianças encaminhadas para se pensar em um trabalho conjunto com a escola, realização de palestras para orientar as/os alunas/os, professoras/es e/ou pais, mães e responsáveis em temas diversos como drogas, sexualidade infantil, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), entre outros, e articulação com pedagoga/o para traçar um plano de trabalho com a escola voltado para alunas/os com dificuldades de aprendizagem.

E na questão de rotulação, lá tem muito. Agora mesmo tá vindo muita demanda da escola falando: “Ah, o menino é hiperativo”. [...] Uma professora me xingou [ri]. [...] Ela [criança] precisa de uma metodologia diferente, né? Ela tá com dificuldade. O menino sabe tirar leite de vaca com cinco anos de idade, sabe fazer tudo que você pensar. E o menino não está aprendendo por quê? É um menino inteligente. [...] pedi ela pra que tentasse fazer uma atividade com o que ele lida, ele aprendeu. E aí, eu tô indo nas escolas dar essas palestras para os professores e pros pais sobre hiperatividade pra eles tentarem entender o quê que é pra não chegar tanto diagnóstico em mim com essas rotulações (Tainá, GF6).

Em busca de estabelecer o trabalho da ABS no campo das escolas baseado no “conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia” (BRASIL, 2009d, p. 7), a PNAB prevê o Programa Saúde na Escola (PSE), que

surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas

equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada [...] (BRASIL, 2012a, p. 75).

Algumas/ns psicólogas/os dos GFs relatam ter tido experiências com o programa, porém, dizem, com pesar, que não houve continuidade do mesmo por falta de adesão do município:

[...] Então, por exemplo, teve no ano passado aquele programa de Saúde na Escola. Então, foi um programa legal, que a gente ia nas escolas de acordo com os temas que o governo lançou pra gente poder desenvolver nas escolas. Então, foi super legal, mas na hora que tava andando, que ia contemplar outras turmas, a gestora não aderiu ao programa mais, sabe? Então, as coisas começam a andar, aí não adere (Sofia, GF2).

O [município] tinha PSE com psicólogo e nutricionista e perdeu por falta de incentivo. Por falta de alguma coisa que teria que tá, consegui... eles conseguiram perder o... a equipe de PSE. Fechou (Lucas, GF7):

Além disso, um dos participantes fala que a proposta não foi bem repassada àquelas/es que iriam executá-la. Podemos ver, neste caso, que o programa segue em vigência, porém sem uma elucidação do que deve ser feito, fato que gera dificuldade de sua execução pelas/os profissionais.

Acho que, na verdade, falta muita informação. Por exemplo, nós começamos a fazer lá no NASF, o Programa Saúde na Escola. Informaram que era ir lá na escola, fazer um trabalho de pesagem, de acuidade visual e etc. A equipe do NASF foi lá e fez isso. Aí, nós tivemos uma reunião outro dia com o Senador [nome do senador], que é um lá que é um tanto quanto referência pra gente lá na região de [município], e depois fomos lá na referência em saúde mental e, assim, não é nada daquilo. É pra fazer um evento. Durante todo o mês você tem que fazer alguma coisa na escola, você tem que tá levando temas diferentes pra ser debatido. Não é uma coisa que você vai lá e faz sozinho (Joaquim, GF7).



Essa falta de alinhamento das ações e desorganização dos programas acaba gerando uma dificuldade para a execução de um trabalho intersetorial entre a saúde e a educação, o que frustra e desanima as/os profissionais e diminui as possibilidades desse diálogo acontecer.

Outras dificuldades trazidas pelas/os psicólogas/os são a falta de oferta de serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos territórios, como CAPSAd (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas) e CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil), para que esta funcione, além do atravessamento de questões políticas na articulação da mesma:

O CAPSAd não tem e o CAPSi também não tem. [...] Então lá o que tem [...] tenta articular com a rede, o Consultório na Rua, na unidade de saúde, e no CAPS também, com o Cras e com todos os serviços que vão ter na rede, enquanto não tem esse dispositivo. E a gente também entende tipo assim: não basta ter o dispositivo, porque o que vai, na verdade, fazer essa rede funcionar são as pessoas (Wilson, GF3).

Existem algumas questões que eu acho que são da ordem mesmo da política, de acordos que foram feitos e que não foram cumpridos, parcerias que existiam e que não estão existindo mais, que complicam, né? Por exemplo, a gente não tem mais o apoio – eu não sei te falar o motivo preciso – da psiquiatria infantil que a gente tinha em [município vizinho], que é a referência, né? Então, você fica sem psiquiatria infantil. O CAPSi, antes mandavam algumas crianças, depois de um certo momento, eles continuaram com as que já estavam, mas não aceitaram novas. E por motivos eu acredito de questão com a prefeitura, né? [...] E aí, eu acho que essa rede fica um pouco falha por questões políticas também (Kênia, GF1).

Em busca de enfrentar as constantes dificuldades, algumas psicólogas falaram de suas propostas para conhecerem melhor as/os outras/os profissionais da rede existentes na cidade e para fazerem com que as pessoas tenham acesso aos equipamentos de saúde:

Então, o programa de tabagismo, gestantes, eles nos chamam de vez em quando pra gente participar, mas não tá tendo, assim, apoio da gestora, né? [...] Esses dias eu fui numa reunião com a secretária de saúde e falei assim: “Olha, eu tô aqui já tem dois anos... quase dois anos e nunca teve uma reunião de psicólogos aqui em [município]!”. [...] Então, eu pedi essa reunião. Assim, acho que faz uma falta essa reunião (Sofia, GF2).

Nós não temos articulação com o CAPS, com o CAPSad... Assim, eu fui chegar falando com a minha postura: “Ô gente, vamos fazer reunião assim pra gente poder articular. Eu que tô lá na zona rural, deixa o meu paciente...” – a gente tem uma Kombi, né? – “Então, vamos tentar colocar nesse dia da Kombi todos os pacientes que são para o CAPS [...]”. [...] Eu falei: “Gente, vamos fazer um protocolo, a gente reúne, vamos articular, vamos conhecer” (Paula, GF3).

Outras/os profissionais entendem que as redes de seus municípios têm funcionado: um psicólogo relata que consegue se articular com outros serviços, tanto da saúde como da assistência social, principalmente pela proximidade física destes e da UBS onde trabalha, e com outras entidades e ONGs (Organizações Não Governamentais) parceiras. Outra psicóloga relata que os serviços ofertados no município onde trabalha operam de acordo com as diretrizes da PNAB, portanto, considera que a rede funciona.

Furo na rede tem bastante também [...] mas pelo menos ela funciona de um certo modo. [...], por exemplo, o matriciamento do CAPS [...]; na escola; com o Centro POP também há um matriciamento [...]. Há também um fórum intersetorial álcool e drogas que ele tem sido bastante profícuo [...]. É um espaço de poder estar discutindo as políticas que há dentro do município, as ações que são construídas [...]. É aberto a toda a comunidade. Mas aí a educação tem ficado fora disso, eles não têm participado, mas aí participa o pessoal da assistência social, da saúde, entidades e ONGs também, esse espaço para que possa estar articulando (Wilson, GF3).



Em [município] funciona assim: porta de entrada é a Unidade de Saúde, né? Existe um protocolo, então a enfermeira faz ali o acolhimento e envia pro NASF [...]. O CAPS em [município] não funciona com agendamento. O CAPS é pra urgência. Lá para agendamento tem os ambulatórios. [...]; e o CAPS é pra chegar numa crise... ou a UPA [Unidade de Pronto Atendimento], né? [...]. Então, não sei se é porque nós conseguimos lá essa sequência e esse trabalho em rede mesmo e, por isso, que a coisa tá funcionando, né? Além disso, o NASF, o carro-chefe, além da visita domiciliar, estão os grupos de tabagismo. Então, todas as unidades têm [...]. O Matriciamento também acontece lá de uma forma adequada, né? (Camila, GF4).

Assim, o trabalho em rede e com equipes multiprofissionais é uma ferramenta que busca fortalecer e garantir a atenção à saúde e a integralidade e exige que as/os profissionais se impliquem com o desenvolvimento e monitoramento das ações de sua equipe, unidade e município, “(...) visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas” (BRASIL, 2012a, p. 42). O desenvolvimento de ações intersetoriais por meio dessas estratégias que, como descrevem as/os participantes da pesquisa, fazem a rede se mover e funcionar, é fundamental para uma atenção integral à saúde, sustentando e qualificando a continuidade do SUS no Brasil.



5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Nesta categoria, buscamos conhecer quais eram as atividades desenvolvidas pelas/os psicólogas/os, quais os recursos técnicos utilizados, bem como as teorias e os conceitos que influenciavam suas atuações.

A literatura anterior à criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia, que investigava a atuação das/os psicólogas/os na saúde pública, sempre apontou como sendo um problema o excessivo foco dessa atuação no trabalho clínico individual, característica marcante na formação em Psicologia. Desde o final da década de 1970, vários estudos já alertavam para os problemas que a identidade não problematizada das/dos psicólogas/os-psicoterapeutas produz nas diversas áreas de atuação da/o profissional da Psicologia. Dimenstein (2001, p. 62), por exemplo, a partir de pesquisa com psicólogas/os na rede pública na cidade de Teresina-PI, constata que o compromisso, para as/os entrevistadas/os, “restringe-se ao cumprimento de tarefas que consolidam o modelo de identidade clássico”, ou seja, a atuação como psicoterapeuta. Lima (2005), em pesquisa realizada em Salvador (BA), onde a inserção das/os psicólogas/os na rede pública se deu mais tardiamente que em outros estados brasileiros, salienta o peso da identidade profissional “psicanalista” como um fator inibidor de práticas profissionais que rompam com o modelo clássico de clínica.

Os GFs analisados indicam haver um decréscimo da tendência inicial de desenvolver uma atuação nos moldes tradicionais. Nossos sujeitos possuem três diferentes inserções dentro da Atenção Básica: na UBS, no NASF e na eCR. Dentre todas/os, apenas duas psicólogas defendem sua identidade clínica:

Eu sou uma psicóloga clínica, [se] eu recebo encaminhamento pra trabalho psicossocial, eu vou e mando pro Cras. [...] eu só realizo atendimento clínico (Larissa, GF7).

Quando eu fiz o concurso, eu fiz pra psicólogo clínico. Então psicólogo clínico, ele é o atendimento clínico. Eu escolhi isso (Paula, GF3).

Mesmo assim, ao prosseguir a conversa, Paula afirma que nem tudo se resolve na clínica individual, o que a levou a organizar grupos com usuárias/os, ainda que encontrasse alguma resistência por parte delas/es. Dentre as/os demais participantes, há uma compreensão de sua atuação como sendo bastante plural, envolvendo também grupos, visitas domiciliares, trabalho com as famílias, reuniões de equipe, matriciamentos, trabalho de orientação, colaboração em atividades organizadas por demais profissionais, entre outras.

Podemos atribuir essa mudança a um conjunto de fatores que ocorreram a partir dos anos 2000, entre os quais podemos destacar o crescimento e consolidação dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia no Brasil, a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Psicologia (DCN) e ações do Ministério da Saúde como o Programa Nacional de Reorientação Profissional para a Saúde (Pró-Saúde), entre outros similares, e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (FERREIRA NETO & HENRIQUES, 2016). Esse conjunto de iniciativas, com destaque para as DCN, impactou significativamente o contorno da formação em Psicologia no Brasil.

Em nossa amostra dos GFs, há prevalência de profissionais lotadas/os no NASF, seguidos pelas/os das UBS, eCR e Sistema Prisional, que são em número significativamente menor. Dentre as/os profissionais respondentes do questionário *on-line*, 78% mantém vínculo com um único serviço e 22% trabalham em mais de um local. Entre as/os profissionais que atuam em apenas um local, a maior parte destes/as atuam no NASF (34,6%), UBS com Equipes de Saú-



de da Família (20,2%), Ambulatório (11,2%), UBS sem Equipes de Saúde da Família (4,8%), Escola de Saúde (1,6%), UBS de Apoio à Equipe de Saúde da Família (1,1%) e 26,6% indicam trabalhar em outro tipo de serviço, tais como Equipe de Atenção Básica à Saúde do Sistema Penitenciário, Organizações Não-Governamentais vinculadas à saúde, Cras, eCR, entre outros. Entre as/os psicólogas/os que indicam atuar em mais de um serviço, 71,7% atuam em UBS com Equipes de Saúde da Família, 56,6% em NASE, 37,7% em Ambulatórios, 20,8% em UBS de Apoio à Equipe de Saúde da Família, 7,5% em UBS sem Equipes de Saúde da Família, 1,9% em Escolas de Saúde e 34% em outro tipo de serviço. Os outros tipos de serviços mais citados foram CAPS, Creas, centros de tratamento para dependência química, universidades, serviços escola e ONGs. Cabe aqui destacar que, no questionário *on-line*, havia uma pergunta para verificar se a pessoa atuava em outro nível de atenção à saúde, além do básico. Além disto, havia também outra pergunta sobre os serviços nos quais as/os profissionais trabalhavam dentro da ABS. Nessa segunda questão, havia a opção “outros”, que permitia que a pessoa colocasse livremente o serviço em que atuava, caso esse não estivesse listado dentre as opções. Sendo assim, algumas/ns participantes citaram serviços de saúde de outros níveis de atenção, como CAPS, e de outros setores das políticas públicas, como o Cras. É importante destacarmos, então, o fato de psicólogas/os atuando nos mais diversos contextos, como serviços da atenção secundária e terciária e da Assistência Social, identificarem seu trabalho como sendo da ABS.

Na Tabela abaixo, podemos ver como as/os profissionais respondentes do questionário indicam as atividades que desenvolvem:

Tabela 8 – Atividades desenvolvidas pela/o psicóloga/o (Questionário)

Atividades	%
Atendimento individual	64,7
Encaminhamentos para serviços especializados	62,2
Acolhimento de usuários do serviço	61,4
Visitas domiciliares	58,9
Reuniões de equipe	58,5
Anotações em prontuários	57,7
Elaboração de relatórios, pareceres e laudos	55,2
Reuniões de equipe e com profissionais da rede básica	53,5
Atendimento em grupo	49,4
Realização de palestras	49,4
Reuniões com profissionais da Rede de Saúde Mental	46,1
Atividades educativas/informativas	45,6
Aconselhamento	44,8
Atendimento de urgência	43,2
Apoio matricial	37,3
Realização de oficinas	37,3
Avaliação psicológica	33,2
Triagem	32,8
Atividades de planejamento	29,5
Organização de eventos	28,6
Supervisão e Capacitação	24,5
Atendimento de casal	23,2
Atividades socioculturais	19,5
Participação em instâncias de controle social	16,2
Atividades de gestão	13,7
Construção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas	12,0
Práticas alternativas complementares e integrativas	10,4
Atendimento familiar	4,1
Outras atividades	7,1

Fonte: dados da pesquisa.



As práticas reportadas pelas/os profissionais refletem alguns dos preceitos do SUS, mas demonstram que elas/es ainda enfrentam dificuldades para quebrar o paradigma clínico padrão e atender às necessidades da população local em que se instalam as UBS, assim como apontam Dimenstein e Macedo (2012) em sua pesquisa. As/Os profissionais relatam desenvolver diversas atividades em seus cotidianos, mas os atendimentos individuais e atividades burocráticas ainda são predominantes.

Outro dificultador para o trabalho das/os psicólogas/os é a forma como são contabilizados os procedimentos e estabelecidas as metas que as/os profissionais têm que alcançar mensalmente, já que dificulta a implementação de atividades em grupo ou que tenham número variado de participantes e encontros. Como a contagem é por número de procedimentos, não considerando seu potencial preventivo ou de promoção de saúde, apesar das diretrizes indicarem em um sentido distinto, a burocracia favorece a adoção de um saber biomédico, pautado pela patologia que o usuário possa ter (FREIRE; PICHELLI, 2013).

Em relação aos instrumentos utilizados, as/os psicólogas/os indicam as entrevistas como o preferencial para desempenhar seu trabalho (58,1%). Abaixo, segue a Tabela 9, que contém os outros instrumentos citados pelas/os participantes:

Tabela 9 – Instrumentos utilizados pela/o psicóloga/o (Questionário)

Instrumentos	%
Entrevistas	58,1
Lúdicos	49,0
Dinâmicas de grupo	49,0
Equipamentos tecnológicos	38,6
Atividades de leitura e escrita	35,7
Audiovisuais	33,6
Artísticos	24,9
Testes psicológicos	16,6
Específicos para necessidades especiais	5,0
Outro(s)	4,6

Fonte: dados da pesquisa.

A seguir, apresentaremos uma análise por área de trabalho na ABS, referente aos dados dos GFs, para depois identificar aspectos em comum e diferenças entre elas. Nesta análise, levamos em conta certa característica do método, em que há um efeito do processo grupal sobre a produção dos enunciados. Por exemplo, a prevalência de profissionais do NASF na amostra, possivelmente, produz certo viés na produção dos temas e enunciados.

5.1. INSERÇÕES DE TRABALHO

5.1.1. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

As/os profissionais entrevistadas/os apontam um amplo conjunto de atividades a serem desenvolvidas: “alguns atendimentos individuais, ambulatoriais; as visitas domiciliares; trabalho de orientação e sensibilização de famílias, dependendo da demanda; as reuniões” (Pietra, GF3). Mas o destaque apresentado nos GFs são as atividades de grupo. Nesse caso, podemos destacar dois eixos temáticos que as organizam: os grupos com temáticas ligadas aos temas clássicos em saúde: aqueles com foco em do-



enças (hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade, etc.) e outros com foco no período da vida que recebe atenção médica focalizada (puericultura, gestantes, adolescentes, etc.). Os grupos em torno do tabagismo foram bastante mencionados pelas/os participantes. O segundo eixo temático são os grupos organizados a partir da atenção em saúde mental (egressas/os dos CAPS, ansiosas/os, depressivas/os). Temos ainda, com um caráter incipiente, atuações coletivas que não se tornam grupos com continuidade, mas se configuram como intervenções específicas. “A gente também faz bastante palestra pra população. Principalmente, tem acontecido muito trabalho voltado pra Saúde da Mulher – climatério, Direitos da Mulher, Lei Maria da Penha” (Pietra, GF3).

Uma característica saliente dos grupos é a participação de diferentes profissionais da unidade (enfermeiras/os, médicas/os, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) ou de outros serviços, como o Cras. Por vezes, são as/os psicólogas/os que comparecem a grupos conduzidos por outras/os profissionais. Noutras vezes, outras/os profissionais são convidadas/os para comparecerem a grupos organizados por psicólogas/os.

Contudo, essa aparente centralidade dos grupos no trabalho do NASF não significa a ausência de dificuldades para sua efetivação. As/os entrevistadas/os revelam o quanto é difícil agenciar os atendimentos em grupos. Houveram vários depoimentos nessa direção:

O único grupo que a gente conseguiu montar foi um pessoal que frequenta o CAPS em outra cidade, porque nossa cidade não tem (Vanessa, GF7).

No meu município, a única coisa que eu tô conseguindo fazer funcionar é o programa de tabagismo [...] e mesmo assim, mais ou menos (Joaquim, GF7).

Seja depressão, não importa o grau dela, desde que você consiga trazer pro grupo – o que é bem difícil. [...] A gente tá fazendo a busca ativa, tentando trazer pro grupo (Lucas, GF7).

A dificuldade dos grupos ocorre tanto na montagem do mesmo quanto na sua continuidade.

Eles pedem muito, lá na minha realidade, é muito grupo de tabagismo, que é um grupo que eu não gosto muito, mas tem que fazer, né? Não gosto muito não. A aderência é... eles começam, aí, quando não vai conseguindo, por mais que você trabalha isso com eles de não desistir, eles param. Aí chega no final... Às vezes começa doze, quinze, chega três, quatro, no final (Augusto, GF2).

Algumas/ns profissionais desenvolvem a hipótese de haver uma resistência cultural aos atendimentos em grupos: “[...] tem toda uma questão da cultura da população em relação ao grupo, né? Então, a gente faz convite, o grupo não acontece, né?” (Amélia, GF2).

Outro aspecto saliente do trabalho do NASF são as reuniões nas quais ocorre o matriciamento com as equipes de Saúde da Família (eSF).

São cinco PSFs, então uma vez por mês, a equipe do NASF tem uma reunião com o PSF, né, justamente pra gente discutir alguns casos, fazer o PTS, porque a gente também faz o Projeto Terapêutico Singular (Pietra, GF3).

A gente faz o matriciamento de saúde mental, que tem o CAPS com dois psiquiatras que dá o apoio pra todos (Raiane, GF2).

É, em [município], a gente trabalha no sistema também do matriciamento, as reuniões matriciais (Tobias, GF1).

Nesse quesito, também foram apontadas algumas dificuldades para a efetivação do apoio matricial: “O apoio matricial, a resistência é grande, né, dos profissionais que trabalham com a gente, né? Então, eu percebo que, em relação ao conhecimento, a gente busca, mas a efetividade da prática, a gente tenta, mas parece que ainda é um pouco falho” (Amélia, GF2).



Em relação aos atendimentos individuais, a discussão é complexa e multifacetada. Eles ocorrem, mas envoltos por polêmicas. Em primeiro lugar, algumas/ns profissionais indicam que a implantação dos NASF, nos seus locais de trabalho, precisou se desligar de uma tradição de atendimento ambulatorial anterior: “Então, até há pouquíssimo tempo atrás, eles não tinham conseguido ainda fazer a função do matriciamento. Então, tava todo mundo trabalhando no modelo ambulatorial. Aí, nós batalhamos muito e agora nós estamos conseguindo” (Raiane, GF2). Nesses casos as/os profissionais precisam concentrar esforços para possibilitar mudança: “A gente só conseguiu implantar efetivamente o matriciamento quando a gente fechou o acolhimento de demanda aberta, tá? E isso foi uma briga! Foi uma briga!” (Tobias, GF1).

Com relação aos atendimentos individuais, identificamos dois fatores que fortalecem esse tipo de trabalho. Por vezes é a pressão por parte da gestão. “E a função do NASF não é fazer atendimento individual e o que é cobrado da gente é que a gente faça atendimento individual” (Amélia, GF2). E também há a necessidade da população e a falta de alternativa de outro atendimento em alguns municípios. “Então, não tem mais ninguém pra atender, eu, pela minha ética profissional, eu falo: ‘Eu vou atender, porque eu não posso deixar essa pessoa do jeito que ela tá’” (Flora, GF5). Desse modo algumas/ns profissionais reservam metade da agenda para atendimentos individuais: “[...] meio período pra atendimento individual e outro meio período pra fazer o apoio matricial, né, é, os grupos, as visitas domiciliares, né?” (Amélia, GF2). Ou então o fazem em dias alternados: “Eu ainda tenho que atender ambulatorial, então eu separo dias na semana pra eu atender de meia em meia hora essas pacientes. Individual, né?” (Pietra, GF3). Há que se lembrar que, mesmo não sendo prioritário, o atendimento individual compõe o leque de tarefas prescritas ao NASF, mantendo-se apenas a vedação do acesso mediante demanda espontânea (BRASIL,

2012a). Contudo, no documento anterior de Diretrizes do NASF, o atendimento individual é uma atividade prevista, mas “apenas em situações extremamente necessárias” (BRASIL, 2010a, p. 8). Nestes casos, observamos que há, por parte de várias/os psicólogas/os, certo desalento em relação à diferença entre o que entendem ser sua função principal, atividades em grupos e apoio matricial, e o que elas/es realmente conseguem realizar.

5.1.2. *Unidade Básica de Saúde (UBS)*

Dentre as/os entrevistadas/os lotados em UBS, identificamos a maior prevalência do foco na Saúde Mental: o atendimento da/o paciente com transtorno severo e contínuo. Contudo, há, na grande maioria delas/es, a compreensão de que não se trata de um trabalho exclusivamente clínico, mas envolve também visitas domiciliares, matriciamento, reuniões, interação permanente com outras/os profissionais e coordenação ou participação em grupos conduzidos por outras/os.

A ideia de prioridade da/o paciente grave é mencionada: “tem a questão [...] de dar prioridade... Não é que é prioridade, mas que é trabalhar bastante também a questão do egresso de hospital psiquiátrico” (Emanuela, GF7). Também se fala sobre a luta antimanicomial “[...] essa questão da inserção do paciente aí portador de sofrimento mental, o usuário de álcool e outras drogas, por exemplo, na sociedade com esse viés mais da luta antimanicomial” (Wilson, GF3). Nesse âmbito, a Estratégia Saúde da Família se mostra uma aliada importante da Saúde Mental, suprimindo inclusive lacunas no acesso à atenção especializada. “Então eu aprendi que não é porque eu não tenho o CAPS que a gente não tem que trabalhar com eles [portadores de sofrimento mental], que no PSF dá pra gente arrumar um espaço.” (Julieta, GF4).

Apesar disso, as menções aos atendimentos em grupo por elas/es conduzidos ou o encaminhamento de pacientes para grupos são bastante frequentes. Há que se ponderar o quanto a prevalência de



profissionais do NASF nos sete GFs dilatou o número de menções ao trabalho com grupos, induzindo as/os demais a abordarem o tema.

Foram mencionados muitos grupos com novos eixos estruturantes diferentes e inovadores, alguns organizados por psicólogas/os, outros organizados por diferentes profissionais com a participação da Psicologia:

Aí, agora, montamos esse grupo de zumba (Célia, GF6).

E, como lá tem um terapeuta ocupacional, eu participo dos grupos com ele, né? E geralmente é grupo de artesanato, né, uma hora ele ensina origami, outra hora ele ensina a fazer sabonete, velas e outros artesanatos (Emanuela, GF7).

Encontramos também relatos de posturas bastante diferenciadas dentro de um esforço de atuar dentro de uma perspectiva menos clínica:

Tinha muito caso de isolamento social grave mesmo. Comecei a promover festa junina, o bingo mensal dos idosos. Então, são maneiras que eu consegui levar os usuários para o PSF. Eles estando lá... É muito engraçado, porque eu não pareço a psicóloga. Eu circulo, eu brinco, eu... Entende? É uma maneira que a gente tem que reinventar de chegar nesse paciente, de romper com aquilo só clínico, clínico, clínico, clínico. Tem casos pra clínica, sim. Eu faço dois dias de consultório lá, mas os outros dias não, eu tento trabalhar diferente (Fabiana, GF2).

As reuniões de matriciamento e discussão de casos são mencionadas com frequência: “Sou da equipe de Saúde Mental. Eu discuto os casos em reuniões de matriciamento” (Joel, GF1). A periodicidade das reuniões de matriciamento varia, sendo recomendado que aconteça, no mínimo, mensalmente.

Mesmo levando-se em conta a pluralidade de ações das/os psicólogas/os nas UBS, o atendimento clínico individual se apresenta como

o foco maior das atividades. “É, meu trabalho lá eminentemente é um trabalho mais clínico” (Tulio, GF2). Várias/os profissionais dizem ter controle da própria agenda e com isso deixam horários vagos para atender novas/os pacientes. “[...] mas deixo uns horários livres que são as pessoas que chegam pro primeiro momento de serem acolhidas, pra gente começar avaliação, fazer os encaminhamentos.” (Kênia, GF1). Algumas/ns participantes justificam a superioridade do atendimento clínico sobre o feito em grupos, em nome da eficácia: “O que acontece também no meu PSF, por ser referência, a gente acaba atendendo mais clínico do que os grupos. Porque começa com os grupos não tem resultado. O quê que eles querem então? Atendimento individual” (Regina, GF5). Observamos que, além da dificuldade das/os gestoras/es e das/os usuárias/os dos serviços de saúde pública para compreenderem a lógica do trabalho da Psicologia para além do atendimento clínico, há também uma resistência das/os próprias/os profissionais em aderirem a outros tipos de atividades.

5.1.3. Equipes de Consultório na Rua

Tivemos a presença de profissionais que trabalham em eCR em apenas três GFs (GF3, GF6, GF7). Pode-se caracterizar o trabalho a partir do seguinte desenho: abordagem – ida ao território e/ou pontos onde a população em situação de rua se encontra –, encaminhamentos e retomada de vínculo com a família.

O trabalho envolve a oferta de assistência à saúde, sem ter objetivos higienistas, onde as pessoas estão alocadas, como fala Tina (GF2): “A questão é que, na grande maioria, as pessoas acham que o nosso trabalho, na realidade, é tirar essas pessoas da rua e não é. O nosso trabalho é levar, onde ela estiver, uma assistência básica à saúde”. São mencionados como estratégias de intervenção a redução de danos e o trabalho intersetorial. “Então, a gente chega pra oferecer o nosso serviço, que é o de promoção e de prevenção de saúde e de outras áreas também, intersetorial, na assistência, né?” (Celina, GF3).



5.2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Perguntadas/os acerca do referencial teórico que utilizam, no questionário *on-line*, as/os psicólogas/os indicam seguir o referencial teórico psicanalítico (36,4%), comportamental (33%)⁸, existencial-humanista (13,6%), sócio-histórico (4,5%), psicossocial (4,5%), sistêmico (4,5%), ou outro (3,4%).

A maioria das/os psicólogas/os (72,6%) indicam ter influência de outros saberes, além da Psicologia em sua atuação. Muitas/os profissionais indicam ser influenciadas/os por três ou mais áreas de saber (62,2%), sendo as mais citadas a Acupuntura, Medicina, Direito, Educação, Filosofia e Sociologia. Entre as/os profissionais que indicam a influência de um único saber além da Psicologia, a maior parte indica a Medicina (3,3%), seguida da Educação (2,9%), Saberes Místicos (2,1%), Direito (1,2%), Filosofia (1,2%), saberes alternativos (0,4%), saberes locais (0,4%), Sociologia (0,4%) e outros saberes (0,4%).

Apesar de ser permitido à/ao psicóloga/o, no exercício profissional, vincular ou associar somente técnicas ou práticas psicológicas reconhecidas e que estejam de acordo com os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia, a categoria “saberes místicos” foi incluída no questionário para que pudéssemos dimensionar a sua utilização. As técnicas e práticas ainda não reconhecidas pela Psicologia podem ser utilizadas enquanto recursos complementares, desde que atenda a alguns requisitos, dentre eles: estar em processo de pesquisa, respeitar os princípios éticos da profissão, ter a/o profissional habilitação adequada para desenvolvê-la e a/o cliente declarar expressamente ter conhecimento do caráter experimental da mes-

8 Analisando respostas a questões abertas do questionário, percebemos que entre as/os psicólogas/os que marcaram esta opção encontram-se tanto pessoas que utilizam a Análise do Comportamento, quanto as que se valem da Teoria Cognitivo-Comportamental. Estas são abordagens teóricas distintas, mas, por um limites do questionário, não é possível verificar a real porcentagem das/os respondentes que se utiliza de cada uma delas.

ma (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1997). Contudo, o fato de se marcar tal opção no questionário não implica, necessariamente, que a/o profissional esteja infringindo a ética profissional, pois não sabemos de que forma tal área do conhecimento influencia no trabalho das/os respondentes – já que no questionário, neste ponto, não havia espaço para explicações.

Observamos a presença de diferentes referenciais teóricos embasando o trabalho das/os psicólogas/os respondentes. Reproduz-se, porém, entre as/os profissionais da ABS a hegemonia observada nos cursos de graduação em Psicologia brasileiros, em que a maior parte das/os formandas/os passa a adotar referencial psicanalítico ou comportamental, seja analítico-comportamental ou cognitivo-comportamental (SANTOS, 2011).

Quando questionadas/os sobre seus conhecimentos com relação a resoluções e documentos que regulamentam a atenção básica em saúde (Tabela 10), quase a metade das/os psicólogas/os respondentes indicam ter conhecimento pleno da Lei 8080/90 (43,6%) e da Lei 10.216/01 (43,2%). Se considerarmos o conhecimento pleno e parcial destes documentos, temos os índices de 68,9% e 69,8%, respectivamente.

Em relação à PNAB, apenas 14,9% das/os respondentes indicaram ter pleno conhecimento da mesma. Somando-se os conhecimentos pleno e parcial, este número aumenta para 57,2%. Outros documentos também apresentam índices bem mais relevantes se consideramos os dois graus de conhecimento: Declaração Universal dos Direitos Humanos (69,7%); artigos 196 a 200 da CR/88 (66,4%); NOAS/SUS (60,6%); Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (64,3%); Humaniza SUS (65,5%).

As/Os profissionais indicam também ter conhecimento parcial sobre algumas outras leis, portarias e resoluções. Quase a metade das/os psicólogas/os indica ter conhecimento parcial dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (45,2%), sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos 1, 2 e 3 (44%), da PNAB



(42,3%), dos Cadernos Humaniza SUS (41,9%), da NOAS/SUS (41,5%), dos artigos 196 a 200 da CR/88 (40,7%) e do Humaniza SUS (40,2%). O documento que a maior parte das/os profissionais indica não ter nenhum conhecimento sobre o conteúdo foi a Declaração e Programa de Ação de Viena, desconhecida por 46,5% das/os psicólogas/os que responderam ao questionário.

Tabela 10 – Conhecimento sobre legislação (Questionário)

Documentos	Nenhum n (%)	Parcial n (%)	Pleno n (%)	Não res- pondeu n (%)
Declaração Universal dos Direitos Humanos	7 (2,9)	96 (39,8)	72 (29,9)	66 (27,4)
Declaração e Programa de Ação de Viena	112 (46,5)	58 (24,1)	5 (2,1)	66 (27,4)
Programa Nacional de Direitos Humanos 1, 2 e 3	47 (19,5)	106 (44)	22 (9,1)	66 (27,4)
Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde	44 (18,3)	89 (36,9)	42 (17,4)	66 (27,4)
Constituição da República Federativa do Brasil (artigos 196 a 200)	15 (6,2)	98 (40,7)	62 (25,7)	66 (27,4)
Lei 8080/1990 (Institui o Sistema Único de Saúde)	9 (3,7)	61 (25,3)	105 (43,6)	66 (27,4)
Lei 10.216/2001 (Institui a Reforma Psiquiátrica)	7 (2,9)	64 (26,6)	104 (43,2)	66 (27,4)
Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01-96)	36 (14,9)	89 (36,9)	50 (20,7)	66 (27,4)
Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS)	29 (12)	100 (41,5)	46 (19,1)	66 (27,4)
Pacto pela Vida	44 (18,3)	87 (36,1)	44 (18,3)	66 (27,4)
Pacto em Defesa do SUS	43 (17,8)	91 (37,8)	41 (17,0)	66 (27,4)
Pacto de Gestão do SUS	46 (19,1)	96 (39,8)	33 (13,7)	66 (27,4)
Portaria GM/MS 154 de 24/01/2008 (Cria os NASF)	33 (13,7)	76 (31,5)	66 (26,4)	66 (27,4)

Portaria GM/MS 971 de 03/05/2006 (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares)	67 (27,8)	91 (37,8)	17 (7,1)	66 (27,4)
Portaria GM/MS 2.488 de 21/10/2011 (Política Nacional da Atenção Básica)	37 (15,4)	102 (42,3)	36 (14,9)	66 (27,4)
Portaria GM/SM 3124 (Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3)	45 (18,7)	84 (34,9)	46 (19,1)	66 (27,4)
Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde	20 (8,3)	109 (45,2)	46 (19,1)	66 (27,4)
Humaniza SUS (Política Nacional de Humanização)	17 (7,1)	97 (40,2)	61 (25,3)	66 (27,4)
Cadernos Humaniza SUS – vol. 2 Atenção Básica	35 (14,5)	101 (41,9)	39 (16,2)	66 (27,4)

Fonte: dados da pesquisa.

O desconhecimento de alguns documentos importantes por parte das/os psicólogas/os é um ponto que pode dificultar a ocorrência de transformações nas práticas de atendimento. Como elas/es mesmos indicam, há conhecimento apenas parcial sobre um grande número de resoluções e normas procedimentais. A sobrecarga de trabalho e ausência de um ambiente que convide e favoreça a discussão grupal, pode ser um dos motivos que leva as/os profissionais a atuar como técnicas/os e não como promotoras/es de conhecimento e transformação social. As análises correlacionais mostram que o conhecimento das/os profissionais sobre a documentação investigada é favorecido por trabalhar em regime estatutário e ter feito pós-graduação. O fato de não trabalhar apenas na ABS e o tempo de atuação profissional como psicóloga/o também influenciam o conhecimento



sobre alguns documentos específicos. Os profissionais que atuam há mais tempo indicam maior conhecimento sobre a Declaração e Programa de Ação de Viena, enquanto as/os psicólogas/os que atuam em mais de um serviço indicam conhecer melhor a Lei 8080/90 e a Portaria GM/MS 154.

O roteiro dos GFs continha a seguinte pergunta: “Quais as teorias e conceitos que mais influenciam a atuação das/os psicólogas/os na atenção básica?”, mas algumas vezes a pergunta enunciada pelas coordenadoras dos GFs se transformou em “qual sua linha teórica?”. Essa modificação na forma do questionamento, aparentemente sutil, provavelmente exerceu influência no modo como as/os participantes responderam.

Diversas teorias foram citadas, como a Psicanálise, Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), Psicologia Comportamental, Psicologia Cognitiva, Existencial Humanista, Psicologia Social, Psicologia Social Comunitária, Sistêmica, Fenomenologia, Esquizoanálise e Psicodrama. Algumas técnicas, como Grupo Operativo, Ludoterapia e Psicodiagnóstico também foram citadas, bem como formações em técnicas específicas como SUPERA AD⁹, Teacch¹⁰, ABA¹¹. Algumas/ ns disseram não ter uma linha específica:

Marta: Eu trabalhei na Sistêmica. [...] eu vejo que eu não tenho uma

9 O curso SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) é promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça (MJ), oferecido gratuitamente por meio da parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), apoio da Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP) e executado na modalidade de Educação a Distância (EaD).

10 Em inglês, Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children. Traduzindo: Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação.

11 Em inglês, Applied Behavior Analysis. Traduzindo: Análise Comportamental Aplicada. No contexto da fala, o psicólogo cita esta como uma forma de intervenção para o trabalho em casos de Transtorno do Espectro Autista.

referência clara com relação a isso não. [...] Hoje, eu já me sinto mais numa questão familiar. [...] Então, eu acho que hoje eu já devo estar numa linha assim... Familiar, uma coisa assim bem diferente! [...] Então, eu não posso dizer nem que seja assim social. [...] Outro dia chegou um estudante de Psicologia, pediu pra fazer uma entrevista e ele queria fazer uma entrevista com alguém que usasse a teoria cognitiva. Eu expliquei pra ele que no SUS a gente não tem essa questão. A linha não é a prioridade. [...] Eu diversifico...

[...]

[Não identificada/o¹²]: Eu concordo plenamente com a Marta e ainda acho que a gente usa diversas teorias (GF4).

Podemos destacar dois elementos que indicam novas tendências presentes nos dados da pesquisa. O primeiro anuncia a perda de hegemonia da Psicanálise e a ascensão da TCC. A literatura sempre discutiu os efeitos da hegemonia da Psicanálise no campo (Lima, 2005) e nos currículos dos cursos de graduação no Brasil (Borges, *et al.*, 1995; Bastos & Gondim, 2010). Como dissemos antes, a homologação das DCN para os cursos de Psicologia (Brasil, 2004a), entre outras coisas, regulamentou o equilíbrio na distribuição de temas teórico-metodológicos nos currículos. Como a maior parte das/os participantes dos GFs tem pouco tempo de formadas/os¹³, podemos supor que esse efeito já se reflete nos nossos dados. “Lá também nós trabalhamos com cognitivo comportamental. Só no CAPS que tem uma das que trabalha com Psicanálise, mas a maioria é comportamental na rede” (Regina, GF5).

12 A dinâmica da gravação de atividades de grupos focais, por vezes, não nos permite identificar o interlocutor devido mesmo à interação de seus participantes.

13 A partir do sistema de cadastro de psicólogas/os do CRP-MG, foi possível levantar o tempo de formação das/os participantes dos GFs. Constatamos que a maior parte delas/deles (39,1%) tem entre cinco e 10 anos de formadas/os – 25% tem entre 2 e 5 anos e 10,9% entre um e dois anos –, 23,4% tem mais de 10 anos de formação, e 1,6% não possuímos a informação – pois a psicóloga é registrada em outro CR.



O segundo elemento aponta uma tendência já indicada no *survey* quantitativo desenvolvido nacionalmente sobre o *Trabalho do Psicólogo no Brasil* (Bastos & Gondim, 2010, p. 190), de que 63% psicólogas/os entrevistadas/os utilizavam duas ou mais abordagens teóricas. Em nossos GFs, de caráter qualitativo, a maior parte das/os participantes dizem utilizar apenas uma abordagem, mas há uma parcela significativa que utiliza duas ou mais. Na maioria das vezes em que as/os participantes afirmaram se utilizar de duas ou mais teorias, quase sempre se tratava da Psicanálise associada a alguma outra. Em seguida, dentre as mais citadas, temos a Psicologia Social e a TCC. Algumas associações são compreensíveis por se tratarem de teorias não excludentes. Outras, porém, como Psicanálise e Psicologia Comportamental, por exemplo, são menos aceitáveis por se tratarem de teorias com visões de ser humano e de mundo divergentes.

Algumas/ns dizem se utilizar de diversas abordagens ou mesmo não possuir uma abordagem específica. Porém, fica difícil levantarmos o número com precisão, pois muitas vezes uma/um afirma fazer isto e o outro concorda, mas não diz se o faz ou não. De todo modo, o que podemos afirmar é que há um percentual de uso de variadas abordagens ligeiramente menor em relação à pesquisa acima mencionada. Como não havia uma orientação prévia para exploração desse aspecto, nossos dados podem conter certo viés. Por exemplo, no GF6, todas/os as/os participantes responderam ter somente uma abordagem, mas com respostas bastante curtas, mencionando apenas o nome da abordagem. O mesmo aconteceu, em menor grau, no GF2. Em ambos, não houve alguém que levantasse a possibilidade de uma resposta mais plural e, portanto, permitisse aos demais problematizar sua posição.

O *survey* coordenado por Bastos e Gondim (2010) lembra que, desde a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 1988, já se identificava a necessidade apresentada pelas/os psicólogas/os de possuírem mais de um referencial teórico, mas em um grau mais

reduzido que o de 2010. Isso reforçaria o pressuposto defendido por muitas/os de uma formação mais generalista, o que foi contemplado nas DCN. No cruzamento de dados do questionário utilizado pelas/os autoras/es supracitadas/os, elas/es apontam que o uso de mais abordagens decresce por parte das/os respondentes que possuem doutorado, de 63% para 41%, como também entre as/os que têm mais de 11 anos de formadas/os. Mesmo assim, são percentuais elevados.

Em nossa pesquisa, de natureza qualitativa, tivemos a condição de conhecer alguns argumentos usados pelas/os profissionais para esse uso variado de referenciais teóricos, especialmente nos GFs que aprofundaram o debate sobre esse tema.

A primeira delas é que há uma percepção generalizada por parte das/os psicólogas/os na ABS de que sua atuação não é exclusivamente clínica. Assim, muitos delas/es mantêm apenas um enfoque na prática clínica e outro/s em outras ações que desenvolvem no serviço.

Como eu tenho formação também em TCC, eu uso mais a linha da TCC e a questão da Psicologia Social. [...] A Psicologia Social, ela não fica fora – entendeu? – do trabalho de NASF (Vanessa, GF7).

Eu trabalho com a Psicanálise também. [...] Às vezes algumas atividades de grupo, às vezes com os pais a gente usa um grupo operativo, algumas coisas assim, mas mais é Psicanálise (Rita, GF5).

[...] a minha formação toda é em Psicanálise. [...] E, a Psicologia Social, eu acho que ela subsidia muita coisa, exatamente isso: da questão do território, da inserção comunitária. Mas a minha escuta... Assim, não faço Psicanálise no atendimento, mas a minha escuta, ela é toda baseada na linha, né, na teoria, na orientação mesmo da Psicanálise (Tânia, GF7).

Algumas/ns ainda utilizam o pluralismo teórico-metodológico de acordo com o perfil da intervenção clínica. “Eu trabalho mais a Humanista Existencial. Eu trabalho muito questão do sentimento, da emoção, né, da ansiedade, do prazer. Trabalho muito nessa linha. A



questão... quando eu pego questão de casal, de família, eu trabalho mais a Sistêmica” (Tales, GF1).

O segundo argumento é a discutida defasagem entre teoria e prática e a preocupação em obter resultados, o que as/os leva a buscar recursos em outras abordagens.

[...] onde eu formei a carga é muito psicanalista assim. [...] Então era onde eu me sentia mais segura. Ai, depois, não. Depois, eu tive que abandonar um pouco e pegar a Cognitivo Comportamental que é o que funciona mais pra mim na prática mesmo. [...] A gente chega da academia com uma ideia, aí a gente começa a escutar dos colegas assim: “Minha filha, você tá no SUS! Aqui é SUS!”. [estalando os dedos]. [risos]. [...] “Ah, então tá. Isso aqui é SUS. Então o quê que eu vou fazer aqui no SUS?”, né?! Ai você começa a procurar outros caminhos (Antonela, GF1).

Outro colega reage, mas assente de outro modo: “A minha base é psicanalítica, mas não dá pra você fazer isso no SUS. Isso é impossível! Impossível, né?” (Tobias, GF1). O diálogo prossegue:

Tobias: [...] Nas reuniões de matriciamento, [...] a gente já trabalhou com texto de Psicanálise com ACS pra fazer discussão, né? Mas não dá pra você fazer isso com o paciente, né?

Antonela: É. É eu... eu fiquei... fiquei nesse dilema também. Eu me sentia mais segura no embasamento teórico, mas na prática ali não dava pra fazer (GF1).

Não dá para colocar [...] a pessoa como se fosse um padrão e colocar a nossa... tentar impor a nossa teoria naquela população, né? Então, a gente acaba fazendo algumas adaptações (Lola, GF5).

Aparentemente, o recurso a outro referencial teórico é uma das adaptações utilizadas pelas/os profissionais. O terceiro argumento revela a influência de formações específicas feitas durante o trabalho, que foram agregadas ao arsenal de intervenções das/os profissionais.

Eu uso a Psicologia Social e um curso que eu fiz no SUPERA de álcool e outras drogas (Celina, GF3).

A minha linha de atuação e formação na faculdade, na universidade, é mais Psicanálise. [...] E aí tem algumas coisas também que vai mais pra uma linha mais comportamental – Teacch, ABA, os métodos usados com o autismo – e outros que eu enfoco mais no programa (Wilson, GF3).

Eu não sou psicanalista, mas a minha escuta e o meu olhar, ele é baseado na Psicanálise. E alguns transtornos específicos, acabo usando algumas técnicas do TCC, que é, por exemplo, o TDAH. Então, tem algumas técnicas específicas que eu uso, que é o quadro de pontos, alguma coisa assim bem pontual, porque se não, eu não dou conta. [r] Então é como se tivesse início, meio e fim os atendimentos (Pietra, GF3).

Finalmente, podemos identificar um quarto argumento, que seria melhor denominado de atitude, a busca do que supostamente funciona de maneira pontual para cada paciente e/ou cada situação de trabalho. Essa atitude permeia os argumentos anteriores, mas é a posição mais frágil entre as que identificamos nessa análise.

Manuel: Eu não sigo uma linha específica, assim, porque eu uso todas as demandas e lugares, né, mas eu tento fazer terapia breve, mas atendendo a demanda de cada um.

[...]

Rebeca: Como ele falou, depende do paciente (GF5).

É difícil escutar falas semelhantes a essas e não suspeitarmos de traços de um ecletismo frouxo, algo tão condenável em nosso meio. Entretanto, como o objetivo desta pesquisa não foi investigar esse recurso a referenciais plurais no trabalho da/o psicóloga/o, não temos, com base apenas nos dados dos GFs, elementos para fazer um julgamento definitivo sobre o sentido dessa tendência, seus elementos positivos e negativos. Isso demandará uma pesquisa com um



recorte mais preciso no tema. Por esse momento, podemos apenas constatar que a identidade clínica da/o psicóloga/o parece perder sua consistência, dando lugar a uma/um profissional mais inserida/o no trabalho nas políticas públicas, em busca de recursos mais plurais no seu modo de atuação.



6. CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DA/O PSICÓLOGA/O NA ABS

A aceção moderna de trabalho, principalmente nas sociedades ocidentais, tem derivação etiológica na contradição entre o *ponos* – referência a esforço e penalidade, relaciona-se ao sofrimento – e *ergon* – que designa a criação e invenção, por vezes vinculada à ideia de produção de arte. Tal contradição marca a diferença entre trabalhar no sentido de penar, *ponein*, e trabalhar no sentido de criar, *ergazomai* (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2012). Na sociedade contemporânea o trabalho tem papel estruturante, suas condições e organização podem afetar a saúde física e mental das/os trabalhadoras/es.

Dejours (1992) faz uma definição do que seja a “condição de trabalho”, diferenciando-a da “organização do trabalho”, sendo a condição de trabalho relativa ao ambiente físico, químico, biológico, às condições de higiene, de segurança e às características antropométricas do posto de trabalho e “[...] por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc.” (DEJOURS, 1992, p. 25). Entendemos, assim, as condições e relações de trabalho como um conjunto material e imaterial de aspectos que se compõem de forma heterogênea. Nesse conjunto, incluem-se diferentes aparatos tecnológicos de direitos e deveres, legislações, formas contratuais de vínculo empregatício, relações hierárquicas e de poder, remuneração, jornada, saúde e segurança da/o trabalhadora/r, dentre outros que se estabeleçam para a sua realização na prática cotidiana.

Diversos destes aspectos foram apontados na discussão sobre as condições e relações de trabalho da/o psicóloga/o na ABS. Este é um tema bastante polêmico que provoca a categoria de modo intenso.

Dentre os temas tratados, podemos citar: as questões institucionais, políticas e partidárias que regem e permeiam as relações de trabalho, a disponibilidade de recursos materiais e financeiros, o ambiente de trabalho, a remuneração, a carga horária semanal, os tipos de vínculo e as especificidades relativas aos municípios de pequeno porte – já que esta é uma realidade vivida por boa parte da categoria.

6.1. QUESTÕES INSTITUCIONAIS, POLÍTICAS E PARTIDÁRIAS

Um dos fatores mais evidentes neste tópico, diz respeito às dificuldades com a gestão. Por se tratarem de cargos em comissão – de livre nomeação e exoneração –, suas/seus ocupantes são pessoas da confiança daquele que a/o nomeia e/ou indica. Neste estudo, a maior parte das/os participantes é oriunda de municípios de pequeno porte (56,3% nos GFs e 60,2% no Questionário), nos quais a gestão costuma ser bastante atravessada pela política local – apadrinhamentos, ausência de concursos públicos, entre outros.

Pelo fato de o aspecto da confiança ter muito peso no jogo político, muitas vezes, a pessoa que ocupa o cargo de gestora/r da saúde de um município acaba sendo mais uma aliada da/o prefeita/o (ou daquela/e que a indicar) do que uma pessoa com formação e conhecimento na área. Disto, advém inúmeros conflitos e dificuldades entre gestoras/es e profissionais da saúde. Nesse sentido, percebe-se uma insatisfação por parte das/os psicólogas/os que se ressentem de ter que acatar ordens que consideram equivocadas e oriundas de pessoa com menos discernimento sobre as atividades realizadas do que si mesma/o.

[...] [toda pessoa que] gerencia um equipamento de saúde é [cargo] comissionado. Então, quem indica é o vereador. E essa pessoa que ele indica nem sempre tem conhecimento e é uma pessoa que tem competência pra exercer o cargo. Então, muitas vezes, o profissional que já está lá, de carreira, que... já na prática, já conhece,



ele sabe muito mais do que o que coordena o serviço. Entendeu? Muito mais (Naiara, GF5).

Além do despreparo da/o gestora/r, há questões éticas relevantes no âmbito da saúde pública. A colocação de Fátima, abaixo, nos demonstra isto, enfatizando os privilégios da classe médica – o que foi tratado mais profundamente neste texto no item 3.2 “*A medicina na equipe*”.

Em [município] o Secretário de Saúde é o médico, que ninguém tem acesso a ele. A gente até brinca, fulano de tal é uma lenda, porque ninguém vê, ninguém sabe onde tá, né? Ele só assina e recebe [o salário]. Existe uma pessoa que exerce verdadeiramente a função, que não tem formação nenhuma. Assim, pode ser preconceito da minha parte, mas acho que se pudesse exigir uma formação, seja ela qual for pra esse gestor... [...] Ela é concursada na prefeitura, mas acho que com o cargo de auxiliar administrativo. É uma pessoa bacana de se conversar, mas ela não entende. Até hoje, com dois anos de NASF, ela: “Nossa, o quê que é NASF mesmo?”. Liga pra gente: “Ah, tô fazendo um documento aqui, qual que é o significado?”. Pra gente é muito angustiante. E abaixo dela tem a coordenadora de atenção que sabe menos ainda. Então, assim, eu acho muito complicado (Fátima, GF4).

O relato acima demonstra que a formação na área da saúde não dá garantias de uma gestão boa e competente. Há, além disto, que se ter uma postura ética. O gestor, no caso, é um médico, mas não comparece ao serviço, deixando suas funções a cargo de terceiras/os. E não se trata de uma exceção. Letícia também nos apresentou uma realidade semelhante, mas neste caso, a gestora era uma psicóloga:

E o erro começa tanto, por exemplo, minha coordenadora, ela esconde de mim e aí? Pode ir lá, todo mundo sabe que ela tem que cumprir quarenta horas e ela não cumpre. Ela vai trabalhar no consultório no horário de serviço! E ela deixa claro: “Não vou abrir mão” (Letícia, GF4).

A posição hierárquica que a/o gestora/r ocupa lhe faz sentir no direito – tomando-se por base a cultura das formas de se gerir existentes em nosso país – de realizar mandos e desmandos ao seu arbítrio, ainda que, por vezes, isto lhe faça esbarrar em alguma questão ética. Certos disparates por parte das/os gestoras/es deixam de ser contestados devido ao patamar político do cargo.

Eles [gestoras/es] simplesmente mandam o documento e você se vire. O Secretário não pede, ele manda. [...] A grande maioria das coisas é imposta. Joga lá e fala: “Ó, o NASF que se vire”, “O Creas que se vire” (Lucas, GF7).

Nós vamos participar das reuniões no CAPS. Foi exigido da coordenação. [...] A atual coordenação, ela não é a favor de psicólogo no PSF. Ela não esconde da gente. [...] Ela não concorda porque ela tem consultório particular, vai faltar pacientes no consultório. E ela teve coragem de falar isso pra gente. [...] Aí, o quê que ela fez? [...] Ela impôs pra mim e pra outra psicóloga que a gente vá toda quinta-feira pro CAPS. Nós vamos participar das reuniões, né? Uma reunião, que eu vou falar, que é uma perda de tempo pra mim (Letícia, GF4).

Acontece, também, de as/os gestoras/es se utilizarem do cargo para privilegiar o atendimento ou demandas de pessoas de seu próprio relacionamento, o que, apesar de ferir o quesito ético do cargo, parece ser prática comum.

A paciente queria que eu atendesse o filho dela. E eu falei assim: “Olha, eu não tenho vaga, mas pode deixar que, assim que surgir, eu vou atender”. E ela, incomodada, foi e procurou o coordenador da atenção básica – né, porque ela era amiga – e ele ligou pra mim e eu falei: “Olha, fulano, assim que eu tiver, eu vou atender”. Aí ela, incomodada, foi no Secretário de Saúde e ele mandou um bilhete pra mim. Aí, ela já chegou lá: “Aqui ó, mandou o bilhete. Que dia que você vai me atender?”. Aí, eu falei assim: “Então tá bom”. Aí, eu atendi no horário do meu almoço (Marcio, GF3).



A falta de compreensão do que seria um trabalho da Psicologia que extrapole o âmbito clínico e tenha uma especificidade voltada para o campo da saúde também surge como um impasse no relacionamento com as/os gestoras/es. É comum elas/es associarem o trabalho da/o psicóloga/o à psicoterapia e, logo, não valorizarem ou entenderem o sentido de outros recursos e/ou atividades utilizados para a atuação.

Então, eu percebo isso. Quanto menor o município, mais arraigado, assim, esse pensamento de que psicólogo é logo clínico. É, então todos os outros tipos de modalidade de atendimento que a política pública oferece pra população, isso não é valorizado. Não é valorizado justamente pela gestão que eu percebo. Não são todos os gestores, mas a maioria sim. Por que que eu digo isso? Porque nem sempre quem tá na gestão é alguém que tenha, vamos dizer assim, condições de arcar com a gestão. Às vezes, vai muito pelo viés político e não técnico. E isso emperra demais! (Saulo, GF2).

Estes entraves, esta falta de conhecimento da/o gestora/r sobre o fazer da/o psicóloga/o, produz alguns importantes equívocos. Um deles reflete na forma em que a/o profissional é cobrada/o em seu rendimento – quase sempre em termos de uma produtividade que possa ser quantificada.

De repente, o agente de saúde, o assistente social, o nutricionista fazem dez atendimentos no dia; nós psicólogos, às vezes, fazemos quatro, mas leva um tempo muito maior. Aí, no final: “Nó, você produziu muito pouco!” (Fátima, GF4).

Lá é assim: você tem que atender um paciente em meia hora. Meia hora. [...] aí tem psicólogo lá que eles não estão nem aí como é que vai ser o atendimento, quer mostrar pra secretária lá: “Atendo 300 pessoas por mês”. [...] Aí, por exemplo, se eu atendo uma pessoa, às vezes, né, uma hora, uma hora e meia: “Ah, essa psicóloga aqui não trabalha não! Olha o boletim dela, só tem 80 consultas por mês”, sabe? (Emanuela, GF7).

A lógica de se quantificar serviços desta espécie parece ser complicada para as/os profissionais da Psicologia, porque há atividades que superam o âmbito clínico, como as coletivas, que são relevantes e que não podem ser contabilizadas da mesma forma. Igualmente, pode se passar o contrário, informar-se que alguma atividade está acontecendo quando, na verdade, não está. Ao expor esta situação, percebemos um incômodo da psicóloga em relação a isto:

E, na verdade, quando a gente fala que o problema é do trabalhador, então tá jogando a dívida pra nós. [...] Eu acho que é até um sistema muito inteligente mesmo, né? Você passa o dinheiro e manda o gestor fazer. Só que o que a gente tá vendo é que muitas coisas que são feitas no nosso município, é, que não são feitas, né, se a gente olhar lá no Ministério [da Saúde] elas são feitas (Marta, GF4).

A gestão conduzida por uma pessoa não preparada ou não habilitada para ocupar tal posição leva à dificuldade também de se conseguir e de se utilizar os recursos públicos. Algumas/ns gestoras/es não sabem como utilizá-los por uma falta mesmo de conhecimento da política de saúde.

Pra vocês terem ideia, às vezes tem recursos em conta, não se sabe como gastar. Porque tem recursos que são vinculados, que vem diretamente do Governo Federal e que tem regras pra gastar (Saulo, GF2).

Sofia: Por exemplo, tem aquela verba do PSF, do PMAQ¹⁴, né? Que é da melhoria e da qualidade, né? É uma verba que vem de acordo com o cumprimento das metas, né? Então, nós cumprimos as metas, o dinheiro veio e fica parado.

Aline: Não repassou.

Suzana: Não repassa!

Aline: Aconteceu isso na minha cidade também.

Fernanda: Na minha (GF2).

14 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).



Ainda sobre os recursos, o seu mau uso, devido à falta de planejamento adequado, é outra questão apontada pelas/os psicólogas/os. O exemplo abaixo se refere não a recursos financeiros, sendo relativo a suprimentos. Contudo, podemos dizer que se tratam de casos análogos.

Agora, por exemplo, tem um grupo de tabagismo. Aí, somos obrigados a fazer porque tem que bater meta, porque tem que acabar com o remédio... O povo não pensa no benefício do programa, por exemplo, do tabagismo. Tem que acabar com o remédio porque senão não vêm mais remédios (Rute, GF6).

De modo proativo, Carla (GF5), junto com colegas de trabalho, fez quadros para tentar conseguir verba para realizar oficinas terapêuticas. Contudo, tal iniciativa foi mal vista pela gestão – porque denunciava que esta não estava suprindo a unidade de recursos – e pelas/os próprias/os colegas de trabalho, gerando conflitos entre estas/es:

Picuinha em coisa pequena. De falar que eu, por exemplo, que eu sou amiga do prefeito, que não sei o que... Num é que eu sou amiga do prefeito, eu vou na Secretaria de Assistência Social, converso: “Tem material aí? Tem? Não tem? Me arrume um pedaço de pão, me a...”. Então, assim, além das impossibilidades. Eu não quero enxergar as impossibilidades, eu quero acreditar que é possível fazer alguma coisa e vou atrás! E os colegas, a maioria, infelizmente não querem (Fabiana, GF2).

O despreparo das/os gestoras/es é citado como um desafio a ser enfrentado por 35,7% das/os respondentes do questionário *on-line* e a inconstância da gestão por 31,5%. Nos GFs, porém, há casos de não haver conflitos com a/o gestora/r, mas estes devem ser tratados como exceção.

[...] a vantagem é que ela [a secretária de saúde] é enfermeira, né, ela tá no hospital todo dia. Então ela tá bem inteirada dos assuntos (Alice, GF7).

Eu dei sorte porque a minha secretária, ela é muito aberta pra isso. A secretária de saúde. Tranquila, ela aceita propostas. Então, assim: “E aí? Não é esse o papel”. Ela: “Não, se não pode, então não. O quê que vocês acham que vai ser melhor?” (Gláucia, GF3).

Vejamos que são duas situações singulares: no primeiro caso, a gestora tem conhecimento da política de saúde por ser da área e ter atuação nesta; no segundo, apesar de ela não ser da área, é uma pessoa que possui abertura para ouvir a opinião das/os funcionárias/os e não toma o conhecimento destas/es como afronta ou ameaça, mas como algo que pode colaborar na construção da gestão.

A forma de atuação da/o gestora/r pode até mesmo desmotivar as/os profissionais a se empenharem em realizar ações e práticas inovadoras, mas não é somente isso. O desmonte das políticas públicas tem sido um fator importante para a falta de motivação. Avaliar que os serviços de saúde estão sendo sucateados e, com eles, a profissão, acaba afetando diretamente a prática da/o trabalhadora/r.

Marta: A gente vê o desmanche dos serviços de saúde mental do Sul até o Nordeste, né? [...] A gente tá vivendo a fase do ciclo que a gente tá no escuro, algumas conquistas estão sendo perdidas.

Felícia: Estão. [...] Eu acho que todas as coisas que a gente conquistou, o Estado tá acabando, né, fechando isso, botando o pé nisso. Ontem, eu tava conversando com uma colega de trabalho, ela tá há vinte anos no SUS. Eu vejo que ela é uma pessoa que tá sempre disponível, por vontade, por desejo, mas eu vejo que isso tá apagando. E, na conversa que eu tive com ela ontem [sobre o NASF], ela me fala que ela não se sente à vontade hoje de fazer uma aposta em uma outra forma de trabalho. E aí, ela falou que tem sempre o pé atrás com o Ministério de Saúde [ri]. Ela falou isso assim! [...] Eu sinto que ela tá cansada, desmotivada e, ao mesmo tempo, sinto que essa desconfiança não é infundada (GF4).



Outra questão importante e que emperra a ação da/o profissional é o medo de ser demitida/o, no caso das/os profissionais contratadas/os (esta questão será apresentada com maior profundidade no item 6.3 *Remuneração, carga horária e tipos de vínculo*). Ainda assim, as/os psicólogas/os dos GFs demonstraram ser combativas/os diante de algumas situações de constrangimentos, pois o quesito ético se sobrepõe. Fátima (GF4), por exemplo, não se curva diante de tentativas de favorecimentos políticos, mas isto gera um desgaste que a leva a lamentar a prática da utilização deste tipo de contrato de trabalho.

Claro que eu, enquanto pessoa, enquanto profissional, não vou fazer nada que vá ferir minha ética, que é contra a minha profissão e tudo mais. Só que a gente fica limitado porque, se eu falar que eu não vou fazer, eu vou perder o emprego. [...] Um exemplo, às vezes, eu recebo encaminhamento do médico: “Eu quero dez sessões pra essa criança”. Se tiver que enfrentar a pessoa, eu vou fazer: “Não, não justifica o atendimento”. Num é... “Ah, o filho do prefeito... o filho da enfermeira quer o atendimento”. “Olha, eu não vou atender porque existe uma lista de espera. Não é porque é filho da...” – isso eu até banco, mas, assim – entende? – é complicado. Então, se mudasse essas questões, sei lá, de não poder ter esse tipo de contrato, ter estabilidade...

Casos análogos ao de Fátima – que tem que se opor a uma ordem dada com a qual discorda – e também de profissionais que se queixam da falta de autonomia para construir sua própria agenda não são incomuns. É difícil bancar uma posição de enfrentamento, mas elas acontecem. Vejamos o caso de Tainá (GF6):

A professora, ela prendia os meninos em um quartinho escuro e ela batia também. Deixava com fome... [...] Aí, eu fui fazer a intervenção. Como é cidade pequena, a enfermeira do ESF contou pro vice-prefeito o que eu tinha feito e a diretora era amiga deles. Aí, a bomba caiu pra cima de mim, como se eu fosse uma ruim profissional. Que eu tinha que falar quem eram esses alunos que tinham me relatado isso a qualquer custo. [...] Diretora! De xingar

de veado, essas coisas, de rotular essas crianças e de maltratar. [...] O vice-prefeito e a enfermeira, foram atrás de mim porque eu tinha que falar quem eram as crianças. Aí eu falei: “Eu não vou quebrar sigilo”. “Então, você vai ser mandada embora”. Eu falei: “Não tem problema. Pode mandar”. [...] Não fui. Porque eu já tinha conversado com a minha secretária, a secretária de saúde, né, minha gestora, e tinha explicado pra ela a situação, que isso é crime. Não encaixa nem mais como *bullying* [ri], é um crime gravíssimo! E aí ela não me deixou mandar embora, mas o vice-prefeito queria porque queria me mandar embora porque eu tinha que falar quem eram as crianças. [...] Então, assim, às vezes você tem que dar a cara a tapa, mesmo sabendo.

São questões muito sérias que levam as/os psicólogas/os a ocuparem posições de combate. Até mesmo as/os concursadas/os sofrem pressões para criar favorecimentos ou adotar certos procedimentos e/ou condutas com as quais não concordam, mas estas/es pelo menos têm a garantia da estabilidade no trabalho, apesar de passarem por situações igualmente difíceis de se contornar. Diante deste cenário, as/os psicólogas/os lutam para garantir a aprovação nos concursos públicos, mas nem isto lhes garante a nomeação.

Na verdade, o que eu vejo, assim, da minha experiência, é que hoje, nós, trabalhadores da saúde, estamos todos muito precarizados, de vínculo, de questão de trabalho, de condições de trabalho. [...] Porque as gestões hoje, nos nossos municípios, precarizam ao máximo o trabalho. Igual você tá falando: você passou no concurso, você tá trabalhando contratada há um ano e você não foi nomeada. Isso eu acho que é uma precarização (Marta, GF4).

Marta refere-se a Letícia, que relatou que foi aprovada no certame da prefeitura para a qual ela trabalha e que teve que acionar a justiça, pois apesar de as/os 12 primeiras/os colocadas/os estarem já trabalhando contratadas/os, foram nomeadas/os somente até a sétima colocada: “Até a sétima, Por quê? A sexta é a esposa do presidente da Câmara, a sétima é amiga da esposa” (Letícia, GF4).



Estes casos de favorecimento se repetem amiúde, o que provoca insatisfação nas/os profissionais das equipes. Neste íterim, podemos destacar o de Larissa (GF7) que nos contou que, em sua equipe, todas/os as/os profissionais da saúde tinham o mesmo salário. Contudo, a fisioterapeuta, que é sobrinha do ex-prefeito, conseguiu aprovar um projeto de lei, por meio do qual se garantiu para ela um salário quatro vezes maior do que as/os demais. Questões desta ordem faz com que as/os psicólogas/os se sintam desvalorizadas/os em relação a outras/os profissionais – e isto se agrava quando a comparação é feita com a classe médica (ver também item 3.2 *A medicina na equipe*).

Tá faltando valorizar a gente enquanto profissional, ver que a gente é necessário. [...] Eles pensam sempre assim: “Ah, se o médico vai sair, eu aumento o salário dele pra ele não sair, mas se o psicólogo vai sair... Amanhã sai qualquer um de vocês, sai um, eu coloco outro” (Larissa, GF7).

Teve uma vez uma reunião pra ajuste de salário. Prefeito, com coordenadores [dos NASFs], todo mundo. Tinha mais de 250 pessoas. [...] Aí, o secretário disse uma frase que eu não esqueço até hoje: “Ó, a gente tem que dar valor pros médicos, porque se eles forem embora, acaba o PSF. Pra vocês, quem não tá contente, pega o chapéu e vai embora. Vocês têm bastante. Se vocês saírem, tem 10 pra entrar” (Lucas, GF7).

Essa fala, conforme relatado pelas/os psicólogas/os, parece ser recorrente da parte das/os gestoras/es, o que, além de ser depreciativo – caracterizando realmente uma desvalorização da categoria em relação a outras – é ofensivo. Não é fácil reivindicar, envolve correr um risco que, muitas vezes, as/os profissionais não querem ou não podem correr. Como foi colocado pelas/os participantes, sempre vai haver “os que vão à luta” e as/os que “vão ficar quietinhos” (Felicía, GF4). E as/os segundas/os vão desfrutar dos mesmos ganhos que as/os primeiras/os, caso a luta não seja inglória. Tais situações

causam mal-estar nas equipes, mas não há como julgar umas/uns e outras/os, pois a questão da sobrevivência tange o tema e é bastante delicada. Contudo, há outros meios de se fazer reivindicações que não sejam diretamente, como relata Paula (GF3):

Assim, veio pra você [um paciente para atendimento], você não tem agenda, [...] se você escutou o paciente e viu que a demanda dele é de uma urgência, uma emergência, que você desmarque outro paciente que já tá numa terapia, que tá estabilizado e o acolha. Nós precisamos ter essa flexibilidade pra poder gerenciar a nossa agenda. E se todos forem urgência, nós precisamos levantar essa agenda como um indicador pra gente poder pedir um segundo psicólogo.

O que Paula parece estar defendendo é a ideia de que a/o psicóloga/o precisa se utilizar dos problemas que surgem para construir argumentos que justifiquem solicitações de recursos para a melhoria do trabalho. São estes momentos chave que vão permitir à/ao profissional expor suas dificuldades para rever sua condição de trabalho.

O apoio de outras/os colegas de profissão, no caso de equipes com mais de uma/um profissional, possibilita e fortalece o enfrentamento contra condições de trabalho inapropriadas. Contudo, este não é o caso da maioria das/os psicólogas/os, que nos municípios de pequeno porte atuam quase sempre sozinhas/os ou em equipes muito reduzidas.

Em [município], a gente tem conseguido isso porque a gente tá com um número grande de NASE, de profissionais. Quatro, né? A gente tá indo aumentar pra seis. E então, nós conseguimos fazer esse trabalho. Agora a gente tem um corpo, né, tem voz ativa (Márcio, GF3).

O ‘corpo’ a que Márcio se refere, diz respeito a uma representatividade da categoria. Neste sentido, o CRP-MG é lembrado como um órgão que inspira confiança e força, cuja presença mais constante



poderia garantir maior respeitabilidade. Para Gláucia (GF3) “a gente tinha que ter a presença do Conselho mais com a gente. Até pra mostrar, assim, diante de gestores, né, de ver: ‘Nossa, eles têm um Conselho que representa!’”. Ter um Conselho robusto em termos de representatividade é apontado como algo importante pelas/os participantes dos grupos. As/Os psicólogas/os se sentem fortalecidas/os quando têm o apoio da instituição.

Observamos neste tópico que, muitas vezes, a/o profissional se vê diante de situações que a/o leva ao desânimo e à desmotivação. É uma questão grave quando se trata da atuação, pois estando a/o profissional desmotivada/o, todas/os ficam prejudicadas/os: perde o serviço, perde a/o usuária/o e perde ela/e mesma/o. Por outro lado, há casos, também, de que a/o profissional tem razões para descreditar e segue firme, combativa/o, na busca da prestação do melhor serviço possível. Estas são características que foram observadas nos participantes dos GFs – o desânimo e a disposição – variando de acordo com as experiências vividas e com a forma com que cada uma/um se coloca diante dos desafios de ser psicóloga/o.

6.2. RECURSOS, AMBIENTE E INSTRUMENTOS DE TRABALHO

A falta dos recursos mínimos para um atendimento de qualidade e de um ambiente e instrumentos de trabalho que considerem as necessidades essenciais dos serviços de Psicologia foram apontados por diversas vezes pelas/os integrantes dos GFs. Um dos principais aspectos nos quais esta questão incide é na impossibilidade de contratação de profissionais.

Artur: Tem eu sozinho de psicólogo [ri]. [...] São quatro núcleos do [Programa] *Melhor em Casa*. Eu faço parte dos quatro. [...] Cada um suporta 60 pacientes. Eu fico, em cada núcleo, uma vez na semana.

Julietta: Você tem 60 pacientes num dia só?

Artur: No núcleo. Em cada núcleo. [...] São quatro, são 200 e tantos. [...] Precisaria contratar mais psicólogos pra dar uma qualidade no serviço melhor (GF6).

É desgastante pro profissional. Demais! Porque às vezes tem dia que eu não sei como eu dou conta de fazer tanta coisa. Às vezes, por exemplo, de manhã eu tô numa unidade, de tarde eu tô em outra, [...] tem dia que eu tô em três unidades. Eu tenho que sair pulando, assim, de cada lugar e, ao mesmo tempo, eu tenho a dificuldade de não ter material (Felicía, GF4).

Tobias: Nós acompanhamos onze equipes de PSF, né? Sempre com reuniões de matriciamento nas equipes. [...] temos três psicólogos adultos e uma infanto-juvenil. [...] E só ela pra atender as onze equipes é muito complicado.

Aurélia: Onze equipes? [surpresa].

Tobias: Onze equipes (GF1).

Os exemplos acima demonstram que a falta de recursos é um fator importante na contribuição para a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde. Se aliarmos a isto, a falta de compreensão das/os gestoras/es sobre o formato das equipes e o papel de cada profissional dentro destas, deparamo-nos com um agravante do problema.

Diante desta realidade, as/os psicólogas/os desenvolvem estratégias de enfrentamento da situação. Algumas/ns, por exemplo, realizam atendimento quinzenal, deixando somente os casos mais graves para o atendimento semanal. Em outros casos, as/os profissionais pressionam numa tentativa de que a situação se reverta, seja deixando o serviço descoberto ou não abrindo novas frentes de trabalho e recusando-se a aumentar o ritmo.

Eu e [outra psicóloga] somos as únicas duas psicólogas. Lá são 16 unidades. Porém, eu fiquei com quatro; [outra psicóloga], com quatro; oito estão descobertas. E nós estamos sozinhas (Letícia, GF4).



Eu atuo cada dia em um lugar. Então, por exemplo, na segunda-feira eu tô no tal posto, na terça eu tô em outro posto, né? Então, pra conseguir tirar o horário pra fazer esse grupo teria que ser num lugar fixo, né? [...] Eu, sinceramente, não pretendo abrir essa opção, enquanto eles não colocarem mais um profissional. Porque, senão, se eu engolir essa demanda inteira [ri] e me sobrecarregar, eles não vão se envolver. [...] Eu, na verdade, eu penso em diminuir, né, pra mostrar pra eles que não dá sozinha (Lisa, GF1).

Outras/os profissionais, como Rute, optam por atender a demanda tal qual está colocada, sem questionar;

Rute: Nós não temos nem tempo. Por exemplo, lá onde eu trabalho, sou eu e mais uma, pra atender pelo NASF. Nós temos [...] 10 PSFs. Aí, cada uma fica com cinco. Cada dia da semana eu tô em um, então [...] eu vou fazer o quê? Eu já vou com aquele povo marcado, eu tenho tempo de atender aquilo. [...] São marcados 14 pacientes por dia! Aí...

Célia: Mas isso... Só te interrompendo...

Rute: No NASF!

Célia: Mas isso por dia, mas isso não é você que fala “Eu dou conta de atender x”? Porque eu coloquei...

Rute: É marcado! (GF6).

Cabe destacar que, neste exemplo, a conduta da profissional decorre da precarização da relação de trabalho advinda do tipo de vínculo contratual estabelecido (ver também item 6.3. *Remuneração, carga horária e tipos de vínculo*).

Além da insuficiência de recursos financeiros e humanos, as/os psicólogas/os queixam-se da indisponibilidade, também, de recursos físicos e materiais. De modo geral, quando há salas para atendimento, estas são pequenas e possuem pouca ou nenhuma ventilação, além de não terem acústica adequada – fazendo com que aquilo que as/os pacientes digam possa ser ouvido do lado de fora. Parcerias com outras instituições (como Cras, Centros Comunitários, Câmaras Municipais, etc.) foram citadas como solução para estes impasses, já que a falta de

locais adequados para os atendimentos, especialmente aqueles em grupo, foi várias vezes mencionada. A fala de Felícia (GF4) ilustra uma delas: “Uma vez no mês, a gente faz um grupo com idosos. Conseguimos um espaço da Câmara Municipal. É no subsolo, não tem cadeiras... Eu tenho que ficar pedindo pra deslocar cadeiras de um PSF pro outro”.

A necessidade de uso de outros ambientes da própria instituição em que atuam para a realização dos atendimentos também foi citada, como a sala de outras/os profissionais e até mesmo a cozinha. A cessão da sala de outra pessoa da equipe, porém, nem sempre ocorre de forma amistosa. Podemos observar, diante dos relatos, que, algumas vezes, a/o profissional da Psicologia padece mais desta falta de espaço que outras/os de outras categorias e tem que se submeter a ficar barganhando. No caso de atendimentos em grupo, o problema parece se agravar.

O psicólogo mesmo acaba sem espaço. Na minha unidade, tem uma profissional que ela não tem lugar. Ela só tem um dia pra atender em grupo e a proposta dela é só atendimento de grupo, mas ela não tem nem sala (Naiara, GF5).

Não existe sala, até já é preconizado isso, né, dentro do NASF. Não tem a sala pra trabalhar com grupos. Mas como a gente faz clínica, tem que ter sala, então acaba sendo improvisado. Muitas vezes é na sala da enfermeira, né? Material a gente não tem, né? Então, é sempre pedindo, né? Fica uma coisa muito maçante (Geovana, GF2).

Uma das participantes trouxe uma particularidade que é a questão da insalubridade do próprio ambiente de trabalho. Ela atua em um PSF e o local no qual realiza seus atendimentos é também a sala onde são realizadas as coletas de sangue, fezes e urina das/os pacientes da unidade. Outra participante, Celina, que atua em eCR, apontou também para esta questão, mas destacando que somente parte da equipe faz jus ao adicional de insalubridade, apesar de toda ela atender ao mesmo público:



Só o técnico de enfermagem e o enfermeiro que teve direito [ao adicional de insalubridade no Consultório na Rua]. [...] Nós já atendemos lá, três que estavam com a tuberculose sem tratar, né? Então, a gente tava ali em contato direto com essas pessoas. Não era só o técnico de enfermagem e o enfermeiro que estava. É a equipe inteira que estava ali (Celina, GF3).

São situações que envolvem a disponibilidade de recursos e que trazem desgaste para as relações interinstitucionais, pois a categoria que tem mais inserção política acaba conseguindo mais garantias que outras. Ademais, há casos também de periculosidade – uma questão que tange a realidade social brasileira e que, portanto, diz respeito às/aos trabalhadoras/es da saúde pública. Muitas vezes, elas/es atuam em unidades próximas ou pertencentes a áreas com alto índice de criminalidade, ou mesmo têm que se deslocar para estas.

[...] a nossa rotina é traficante que estão invadindo as unidades. [...] “Deixa ele entrar”. Coloca ele na frente mesmo que tenha uma grávida porque senão ele vai colocar bala (Paula, GF3).

E a área que eu trabalho é o antro de [Município] [...] O local perigoso. [...] Um amigo meu já foi parado, duas horas da tarde, com arma. “Tá indo pra onde?” (Márcio, GF3).

Voltando à questão da falta de espaço/local de atendimento, as/os psicólogas/os apontam esta como um dificultador até mesmo para se estabelecer o vínculo com a/o paciente, especialmente crianças, casos em que seria necessário às vezes, assentar-se no chão e explorar o ambiente junto com elas – o que, muitas vezes, não é possível pelo tamanho reduzido da sala.

No caso específico do atendimento infantil, além da falta de espaço apropriado, é recorrente a queixa da falta de materiais de caráter lúdico para a realização dos mesmos.

Eu não tenho material nenhum pra atender criança. E eu tô numa briga desde que eu entrei para que tenha esse material. [...] Então, pra atendimento infantil, só tem uma mesinha. Eu tenho usado a minha criatividade, eu tenho poucos jogos e, vou ser bem sincera, eu comprei um *tablet* justamente pra poder baixar alguns jogos educativos. Aí, eu vou variando com algumas técnicas, mas eu tô brigando porque eu sinto que faz muita diferença isso (Lisa, GF1).

Fátima: Esses atendimentos infantis que eu faço, eu não tenho nada, o que eu tenho é meu. Já pedi mil vezes, né? Eu não sei vocês, assim, a experiência de vocês com o infantil, eu diria que é impossível.

Élida: É, eu banquei essa decisão de não atender criança de espécie nenhuma no PSF, porque a gente não dispõe de nenhum recurso, nem de sala adequada, nem de nada. É claro que a coordenação me cobra, mas eu tenho encontrado essa via de não abrir mão disso porque o recurso é muito falho (GF4).

Não só no tocante ao atendimento infantil, mas de modo geral, falta material para o trabalho ou mesmo há uma delonga muito grande para se conseguir. Deste modo, a prática de comprar materiais de trabalho com recursos próprios tem sido bastante comum. Há exceções, mas este foi o caso de apenas três das/dos profissionais participantes dos GFs. No caso de uma delas – que diz ter acesso a todo tipo de material necessário para suas atividades diárias, além de televisão e *datashow* – ela mesma afirma que “eu peço muito” (Rebeca, GF5), demonstrando ser uma pessoa proativa neste aspecto, indo em busca de parcerias na rede para poder realizar aquilo que planeja.

Se eu não consigo na saúde, às vezes a educação me cede um lanche pra alguma coisa; às vezes o Cras me cede alguma coisa. A questão da parceria. A própria comunidade. Eu consegui fazer festa junina agora com doação do [supermercado]. Fiz um ofício, eles me doaram tudo que eu precisei, tá? Questão de correr atrás também! (Rebeca, GF5).



A inventividade e a busca autônoma de soluções passam a serem requisitos importantes neste cenário. Patrícia (GF6), por exemplo, conseguiu verba para montar uma brinquedoteca com recursos de um edital de uma empresa privada. Quando a/o profissional apresenta esta disposição, ou o ânimo para fazer acontecer a despeito dos entraves, ela/e parece alcançar bons resultados.

Às vezes, dá pra fazer grandes atendimentos assim. [...] você consegue concluir bons atendimentos ali com o simples bloquinho do médico, com uma caneta esferográfica que você tem, né? Eu acho que é ousar em cima do que se tem. Eu acho que é tão pouco o que nós temos de recursos físicos, mas acho que recursos humanos nossos, próprios, a gente tem muito mais do que o que nos oferece (Felicía, GF4).

O único recurso que a gente tem é a gente, é o corpo da gente, porque a gente entra pra qualquer espaço e a gente inventa qualquer coisa e a gente leva qualquer coisa de qualquer lugar e pede pra equipe. Porque, realmente, acho que essa é uma realidade dos nossos trabalhos (Marta, GF4).

Apesar disto, é inegável a constatação de que a carência de recursos compromete até mesmo o planejamento das atividades. Em alguns casos, as/os psicólogas/os relatam ter autonomia para propor novos projetos e ações, desde que isto não requeira nenhuma espécie de verba. Essa constatação nos remete ao que Benevides (2005) denomina como princípio da autonomia e da corresponsabilidade de nossa prática, pois não há meios de se pensar em práticas das/os psicólogas/os que não estejam comprometidas com o país em que vivemos, com as condições de vida da população atendida e com o engajamento na produção de saúde.

Pesquisadora: Vocês têm essa liberdade, gente, no trabalho de vocês, de trazer novos projetos, de implantar novas ações?

Antonela: Desde que isso não gere custo. [Ri]

[Risos]

Tales: Isso! [Ri]

Lisa: É, isso aí. Tava pensando a mesma coisa! [Ri]

Antonela: Desde que eu não peça dinheiro pra eles. Pode fazer o que quiser.

Tales: É, fica à vontade! [Ri] (GF1).

Quando as/os profissionais apontam para a falta de recursos, temos que destacar que estes existem, ainda que exíguos. Entretanto, aqueles oriundos da União são destinados para o custeio de ações em saúde e não para a compra de materiais e/ou demais equipamentos – como é o caso, também, dos destinados aos NASF. Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS compete às Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2011a). Assim, a forma como a gestão faz o uso dos recursos é questionada pelas/os psicólogas/os, porém elas/es mesmas/os não têm nitidez de sua destinação e forma de uso corretos.

Nós recebemos 20 mil reais do Ministério da Saúde pra comprar equipamentos. [...] Só que os equipamentos como mesa não tem, computador não tem, impressora não tem. [...] veio jogos, veio colchonete, veio até *pezinho* pra por pra fazer exercício. [...] eles têm os 20 mil pra gastar, dava pra comprar tudo, acabou vindo menos da metade do que a gente pediu. E o resto do dinheiro? Foi usado pra pagar alguma coisa que ninguém sabe e nunca vai descobrir. Esse que é o grande problema (Lucas, GF7).

Patrícia: Na verdade tem um recurso, né, gente, ele só...

Julieta: Tem, mas pra gente...

Patrícia: Ele nunca é destinado pro trabalho do psicólogo, entendeu? [...] Nunca acontece isso (GF6).

As/Os psicólogas/os têm o sentimento de que pouco é destinado especificamente para o trabalho de sua categoria profissional. Especialmente, quando se trata da disponibilização de veículos para o uso da equipe, este sentimento se agrava. As/Os psicólogas/os enfatizam



que a prioridade é sempre para as/os demais profissionais:

Às vezes, não tem carro pra fazer visita. [...] Às vezes, o carro tá com o médico, tá com o fisioterapeuta... [...] O psicólogo é o último lugar (Julieta, GF6).

[O carro] vem se não tiver outra coisa pra ele [motorista da Prefeitura] fazer. Porque se aparecer outra coisa, eles mandam pra outra coisa (Tales, GF1).

Geralmente, os carros atendem a mais de uma equipe e/ou unidade de serviço, ficando a sua disponibilidade bastante limitada. A colocação de Tales (GF1) sobre “outra coisa” esboça a complexidade da questão, ou seja, o sentimento que ele tem de que qualquer outra coisa tem mais relevância do que o trabalho da/o psicóloga/o. São sentimentos que afetam a qualidade de vida no trabalho, podendo se agravar em longo prazo.

A frustração de se preparar uma atividade e não conseguir realizá-la ou mesmo de a unidade perder credibilidade ante as/os parceiras/os também se constituem em pontos importantes a serem indicados: “Num vai [motorista], num dá satisfação... Você prepara a dinâmica, prepara tudo direitinho. [...] Então, muitas vezes o NASF também vai se queimando diante da unidade, diante dos usuários.” (Tales, GF1). Não só a falta do veículo, mas também a de quem o conduza e de combustível foram problemas trazidos pelos grupos. As soluções encontradas pelas/os profissionais, por vezes, acaba sendo utilizar o próprio meio de condução, ir a pé ou mesmo abrir mão de se fazer atividades externas.

A negociação com a gestão, tentar manter um diálogo franco e aberto, fazer com que a/o gestora/r entenda a importância do trabalho e as necessidades das equipes, é um ponto fundamental da dinâmica, mas nem sempre é alcançável. Tales (GF1) disse que, na sua cidade, “segundo o Secretário da Saúde, cada unidade tem que se virar”. A dificuldade de negociação com a/o gestora/r é uma realidade enfren-

tada pela categoria que não é simples: esta/e tem autonomia sobre uma gama de decisões sem, muitas vezes, conhecer a fundo a rotina e a realidade diária das/os profissionais.

6.3. REMUNERAÇÃO, CARGA HORÁRIA E TIPOS DE VÍNCULO

Na participação das/os psicólogas/os nos GFs, vimos que a questão da remuneração é uma das que mais suscitam alvoroço. As/Os psicólogas/os demonstram indignação com a remuneração recebida chegando a realizar comparações com outras atividades laborais, que não exigem formação específica, e que estão remunerando, segundo elas/es, quase da mesma forma ou até melhor. As/Os psicólogas/os destacam a baixa remuneração como algo vergonhoso, doloroso e frustrante e a manutenção de uma jornada dupla de trabalho é apontada como recurso de algumas/ns para poder obter uma renda digna.

Uê, pra vocês terem ideia, eu não recebo nem dois salários mínimos. Por prefeitura! Uma, eu faço vinte horas; outra, eu faço trinta horas. Eu nem tenho vergonha de falar. Aliás, eu tenho vergonha, mas aqui eu tenho que falar. Não tem noção do que a gente recebe! Um salário, vocês vão me desculpar, mas é quase de doméstica! Vamos por: doméstica hoje ganha quase o que eu ganho, né? (Sofia, GF2).

O número de pessoas que afirma possuir mais de um vínculo, contudo, dentre as/os profissionais que responderam ao questionário, é baixo (0,8%). A mesma proporção é verificada nos GFs, onde apenas 3,1% afirmam ter dupla jornada.

Sobre a carga horária de trabalho, uma parcela importante das/os profissionais que responderam ao questionário (36,9%) diz trabalhar entre 31 a 40 horas por semana, seguida de 24,9% das/os psicólogas/os que indicam que sua atuação ocorre entre 21 a 30 horas por semana. Nos GFs, 29,7% trabalham entre 31 a 40 horas e 26,6% trabalham de 21 a 30 horas semanais.

**Tabela 11 – Carga Horária (Questionário e GFs)**

Carga horária (horas/semana)	Questionário		GFs	
	n	%	n	%
Até 9	18	7,5	0	0
10 a 20	64	26,6	10	15,6
21 a 30	60	24,9	17	26,6
31 a 40	89	36,9	19	29,7
Acima de 40	10	4,1	2	3,1
Não informada	0	0	16	25
Total	241		64	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à remuneração, uma parcela significativa das/os profissionais (38,6%) respondentes do questionário, diz receber entre R\$ 1001,00 e R\$ 2000,00, ou seja, de modo geral, a carga horária de trabalho costuma ser grande e o salário recebido pequeno. Alguns pontos destoam nos dados: dentre as pessoas que recebem até mil reais, quatro afirmam trabalhar até nove horas, o que representa um melhor salário, em proporção, se compararmos aos demais pagos à categoria em Minas Gerais. Uma destas, porém, diz trabalhar mais de 40 horas semanais, o que representa um salário bastante baixo. Dentre as que recebem mais de R\$ 6000,00, uma/um delas/es declara trabalhar entre 10 e 20 horas semanais, perfazendo uma remuneração bem acima da média das/os pesquisadas/os. Importante ressaltarmos também que 11 pessoas declaram trabalhar sem remuneração: oito dessas cumprem jornada de menos de nove horas semanais, o que parece ser compatível com o trabalho voluntário; uma, porém, afirma trabalhar entre 21 e 30 horas e duas por mais de 40 horas.

A grande maioria das/os respondentes (70%) diz receber entre R\$ 1000,00 e R\$ 3000,00, sendo que, destas/es, a maior parte tra-

balha de 21 a 40 horas semanais. As pessoas que atuam profissionalmente como psicólogas há mais tempo são as que têm melhor remuneração. A baixa remuneração é citada como um desafio a ser enfrentado por 51% da categoria. Por um número menor de profissionais (19,5%), a carga horária excessiva também foi citada.

Tabela 12 – Remuneração X Carga Horária (Questionário)

Remuneração	C.H. semanal	Nº
Até R\$ 1.000	Até 9 horas	4
	De 10 a 20 horas	3
	De 21 a 30 horas	3
	De 31 a 40 horas	0
	Acima de 40 horas	1
Total		11
R\$1.001 a R\$2.000	Até 9 horas	5
	De 10 a 20 horas	38
	De 21 a 30 horas	24
	De 31 a 40 horas	24
	Acima de 40 horas	2
Total		93
R\$2.001 a R\$3.000	Até 9 horas	1
	De 10 a 20 horas	13
	De 21 a 30 horas	23
	De 31 a 40 horas	37
	Acima de 40 horas	1
Total		75
R\$3.001 a R\$4.000	Até 9 horas	0
	De 10 a 20 horas	5
	De 21 a 30 horas	7
	De 31 a 40 horas	14
	Acima de 40 horas	3
Total		29



R\$4.001 a R\$5.000	Até 9 horas	1
	De 10 a 20 horas	3
	De 21 a 30 horas	2
	De 31 a 40 horas	9
	Acima de 40 horas	1
Total		15
R\$ 5.000 a R\$6.000	Até 9 horas	0
	De 10 a 20 horas	1
	De 21 a 30 horas	0
	De 31 a 40 horas	3
	Acima de 40 horas	0
Total		4
Acima de R\$6.000	Até 9 horas	0
	De 10 a 20 horas	1
	De 21 a 30 horas	0
	De 31 a 40 horas	2
	Acima de 40 horas	0
Total		3
Sem remuneração	Até 9 horas	8
	De 10 a 20 horas	0
	De 21 a 30 horas	1
	De 31 a 40 horas	0
	Acima de 40 horas	2
Total		11
Total geral		241

Fonte: Dados da pesquisa.

Nos GFs, a maior parte (79,7%) recebe entre R\$ 1001,00 e R\$3000,00. Aquelas/es que possuem menor remuneração, entre R\$ 1001,00 e R\$ 2000,00 por mês, possuem também, na maioria das vezes, menor carga horária de trabalho. Além disto, são as/os que possuem vínculos empregatícios mais frágeis – a maior parcela possui contrato temporário.

Dentre as/os que recebem remuneração entre R\$ 2001,00 e R\$ 3000,00 por mês, a maior parte, também possui contrato temporário. Há um caso particular de uma psicóloga que trabalha 50 horas por semana para obter essa remuneração, o que torna seus rendimentos menores do que a das/os demais. Ela possui dois vínculos empregatícios e diz que: “[nome de município] é complemento, porque em [outro município] é 1000 reais o salário do psicólogo. [...] Mas eu preciso pra, né, pelo menos pra ajudar. Fazer dois [trabalhos] prá fazer um salário, né? A partir do momento que você tem família...” (Eliane, GF4).

A situação se inverte quando a faixa salarial ultrapassa os R\$ 3001,00. A maior parte das/os psicólogas/os, neste caso, são estatutários. Por outro lado, a carga horária semanal da maior parte delas/es é de 40 horas. Uma única psicóloga declarou possuir remuneração acima de R\$ 4001,00. Não foi encontrada nenhuma correlação significativa entre remuneração e tempo de atuação. Demais informações podem ser encontradas na Tabela 13.

Tabela 13 – Remuneração X Carga Horária X Vínculo Contratual (GFs)

Remuneração	C.H. semanal	Nº	Vínculo Contratual		
			Estatutárias/os	Contrato Temporário	Não Informado
R\$ 1.001 a R\$ 2.000	20 horas	6	3	3	1
	30 horas	12	3	8	
	40 horas	3		3	
	Não informada	8	3	5	
Total		29	9	19	1



R\$2.001 a R\$3.000	20 horas	2	2		
	30 horas	4	3	1	
	40 horas	9	1	6	2
	50 horas	1	1		
	Não informada	6	1	5	
Total		22	8	12	2
R\$3.001 a R\$4.000	20 horas	2	2		
	30 horas	1	1		
	40 horas	6	4	1	1
	50 horas	1	1		
	Não informada	1		1	
Total		11	8	2	1
R\$4.001 a R\$5.000	40 horas	1	1		
Total		1	1	0	0
Não informada	Não informada	1	1		
Total		1	1	0	0
Total geral		64	27	33	4

Fonte: Dados da pesquisa.

Compor a renda realizando dupla jornada não é uma alternativa benquista pelas/os psicólogas/os dos GFs, que dizem ser esta opção desgastante e cansativa. Elas/es apontam esta solução como causadora de adoecimento e julgam ser o estabelecimento de um piso salarial a saída desejável e plausível.

A fixação da carga horária máxima de trabalho de psicólogas/os em 30 horas semanais, sem redução de salário, também foi citada como possível solução. As/Os profissionais consideram que a redução da jornada seria uma forma de compensação que representaria um aumento indireto da remuneração. A maior parte das/os participantes dos GFs trabalha 30 horas ou mais semanais (56%). Apenas 16% delas/es possui carga horária de apenas 20 horas semanais. Tais dados coincidem com os da pesquisa de 2013 do CFP (LHULLIER, 2013), de âmbito nacional, na qual vemos que mais de 50% da cate-

goria trabalha por mais de 30 horas semanais.

Vale ressaltarmos que a reivindicação da categoria pelas 30 horas está em consonância com as lutas nacionais registradas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, momentos em que foi deliberada a jornada de 30 horas para o setor da saúde (BRASIL 2004b; BRASIL 2011b; BRASIL, 2006). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) também defende que sejam estabelecidos limites razoáveis de jornada de trabalho que ajudem a manter a saúde da/o trabalhadora/r e, conseqüentemente, sua capacidade produtiva (LEE; MCCANN; MESSENGER, 2009).

Uma das participantes da pesquisa foi enfática ao colocar que, no âmbito da saúde pública, as/os psicólogas/os deveriam se recusar a aceitar ofertas de trabalho cuja carga horária seja acima de 30 horas semanais.

Lisa: Você faz 40, 44 horas?

Kênia: Tá doida! De jeito nenhum!

Lisa: Não?

Kênia: Gente, isso aí não deveria existir! Tá? [...] a gente devia boicotar, não devia nem fazer concurso. Porque fazer o que a gente faz, por mais de 30 horas é atestado de doença. Eu sou 20 horas felizes, tá? E é uma coisa impressionante, todo mundo fica assim: “Ah, mas você trabalha só 20 horas?”. Eu falo: “Vai fazer o que eu faço em 20 horas, vai ficar no CAPS”. Porque a força e a dedicação e a sanidade que você tem que ter pra tá ali não é uma questão de medir em hora. É outro tempo. [...]

Lisa: Sai com a cabeça às vezes doendo.

Kênia: Então, pra mim, no máximo 30 e ponto e acabou. Se for pra ser SUI, entendeu? Porque você trabalhar 20 horas no consultório só dos neuróticos, particular, é uma vida! Agora, vai trabalhar com todo esse contexto 20 horas. Frita, né? (GF1).

Na prática, a redução de jornada tem sido utilizada como recurso estratégico de algumas/ns empregadoras/es para não ter que conce-



der um aumento real de salário. Com a diminuição da carga horária, automaticamente, a hora trabalhada passa a ter maior valor.

Atualmente, tramita no Congresso Nacional o PL 769/2015 (SENADO FEDERAL, 2017), que estabelece jornada máxima de trabalho da/o psicóloga/o de 30 (trinta) horas semanais, sendo vedada a redução de salário. O CFP, juntamente com outras entidades que defendem o direito das/os profissionais da Psicologia – os Conselhos Regionais de Psicologia, a Federação Nacional dos Psicólogos (Fenapsi) e os sindicatos – atualmente pressionam o poder público pela aprovação do referido PL. A despeito de ser o Sindicato dos Psicólogos do Estado de Minas Gerais (Psind-MG) o representante legal na defesa dos direitos e interesses da categoria, especialmente no tocante às lutas por melhor remuneração e melhores condições de trabalho, o posicionamento do CRP-MG é sempre questionado pelas/os profissionais.

Vanessa: [...] o CRP não tá valorizando muito também o nosso trabalho profissional em questão de remuneração.

[...]

Tânia: É. É verdade (GF7).

O CRP-MG tem atuado conjuntamente com o Psind-MG na defesa dos interesses da categoria, mas evitando sobrepor-se às suas funções. Neste caso, o Conselho figura como um importante apoiador do Sindicato em suas ações, dando suporte para contribuir com o fortalecimento desta instituição.

A questão da valorização da profissão, especialmente em relação às demais categorias profissionais que atuam na saúde pública, foi um ponto nodal apontado pelas/os participantes dos GFs. Elas/es colocam que recebem menos que outras/os profissionais de nível superior – principalmente as/os médicas/os – além de, quase sempre, cumprir com uma carga horária maior de trabalho. As/Os profissionais destacam que investem em sua formação – realizando cursos de

pós-graduação e dedicando-se a outros tipos de formação – e dizem não obter retorno.

Enquanto os médicos recebem quinze mil, a gente recebe mil, né? Eu sou efetiva, eu passei no concurso, né? Eles têm várias regalias que a gente não tem. Enquanto, agora, eu recebi um aumento de cinquenta reais, os médicos receberam um aumento de quatro mil reais, né? Então, é uma luta, é difícil... (Sofia, GF2).

Rute: Eu acho que agora o que falta é a valorização do serviço. [...] Por exemplo, no meu caso, eu trabalho no meu serviço 40 horas. A fisioterapeuta que trabalha 30 – e que nem faz os 30 – recebe mais que eu.

Célia: Ô gente, isso é complicado.

Rute: Então, essa desvalorização me deixa triste. Saber que a outra pessoa trabalha bem menos... Não que o serviço dela não valha, pelo contrário, o dela vale, o meu também. [ri]. Então, assim, eu trabalho de segunda a sexta, ela trabalha de segunda a quinta até 12h. [ri] Tem um dia e meio livre! A gente fica triste com isso (GF6).

A dificuldade de reivindicar está diretamente associada à precarização dos vínculos de trabalho. As/Os psicólogas/os, muitas vezes, firmam contratos temporários com as prefeituras e/ou instituições que prestam serviços para o SUS cuja renovação possui caráter arbitrário.

Segundo Menezes e Monte (2013), a flexibilização das relações de emprego está diretamente associada aos baixos salários e ao aumento da insegurança neste. Tal fato incide até mesmo na aceitação por parte da/o psicóloga/o de atribuições que não são inerentes à sua função.

E eu entrei num conflito muito grande porque eu queria atuar como o programa dizia e você fica meio à mercê da Prefeitura: “Você faz ou te mando embora” (Pietra, GF3).



Lá, eu tô tendo que fazer atendimento clínico infantil [...]. Como eu preciso trabalhar, não tem quem atende, eu atendo. Mas, eu, como psicóloga do NASE, não é minha função. Não tô ferindo a ética e tal, né? Mas acabo tendo que sujeitar por conta dessa precarização com o vínculo. [...] Aí é a minha questão, se eu for comprar essa briga eu corro o risco de perder meu emprego (Fátima, GF4).

Ser contratado é vender a alma pro diabo. Você está lá e você vai atender quem eles querem na hora que eles querem. Se você não atende... (Caíque, GF3).

Eu tenho um contrato semestral! Se eu faço do meu jeito, [...] eu sou mandada embora (Rute, GF6).

A gente tem medo porque a gente é contratado, né? A gente precisa do emprego (Tainá, GF6).

O vínculo precário é uma realidade premente para muitas/os das/os psicólogas/os na saúde pública, podendo gerar, até mesmo, o adoecimento em virtude do trabalho.

O Joaquim falou que, na cidade dele, tem até psicólogo encostado por auxílio-doença. O nosso município tá quase chegando a profissionais assim. [...] A primeira coisa que o município deixa bem claro pra você: “Cê trabalha de contrato e se você não tá satisfeita, tem uma fila de pessoas querendo a sua vaga” (Vanessa, GF7).

O número de profissionais que possui vínculo precário é bastante significativo, sendo a maioria das/os que responderam ao questionário (54,4%). Nestes casos, os vínculos são estabelecidos por meio de contratos temporários (37,3%), convênios e/ou parcerias institucionais (2,5%) ou outros tipos (14,5%). Nesta última modalidade, foram citados os trabalhos prestados via Organizações Não-Governamentais (ONGs), trabalho voluntário e bolsa de pós-graduação. Dois profissionais relatam possuir contrato temporário há alguns anos, pois as prefeituras não abriram novos concursos públicos para

o provimento de vagas definitivas. As/Os estatutárias/os representam 45,6% das/os respondentes, sendo também as que possuem mais tempo de atuação profissional.

Cenário semelhante é encontrado dentre as/os profissionais dos GFs, onde 51,6% são contratados e 42,2% são estatutários. As/Os demais não informaram ou possuem outros tipos de vínculos. Na Tabela 14, temos um comparativo entre as respostas obtidas por meio do questionário *on-line* e nos GFs. Contudo, tivemos dificuldade quanto ao estabelecimento desta comparação pelo fato das categorias utilizadas terem sido diferentes.

Tabela 14 – Vínculo contratual (Questionário e GFs)

Tipo de vínculo	Questionário		GFs	
	n	%	n	%
Estatutário	110	45,6	27	42,2
Contrato temporário	90	37,3	33	51,6
Convênio/parcerias institucionais	6	2,5	0	0
Não informado	0	0	3	4,7
Outros	35	14,5	1	1,6
Total	241		64	

Fonte: Dados da pesquisa.

Uma das participantes, que é funcionária efetiva, diz que as dificuldades e os tipos de pressão sofrida por ela – para se executar tarefas com a qual ela discorda ou que considera não serem inerentes ao seu cargo, ou mesmo cabíveis do ponto de vista ético – são as mesmas, sendo que “o único medo que não existe é o de ser mandado embora” (Jordana, GF6). Apesar disto, esta é uma condição importante no que se refere à luta por melhores condições de trabalho em um cenário onde encontramos, dentre as/os participantes dos grupos focais, 42% de estatutárias/os e 47% detentoras/es de contratos temporários. A maior parte das contratações é feita por meio



das prefeituras, que representam 87% do total. Índice semelhante é encontrado, também, dentre as/os respondentes do questionário que se vinculam, em sua maioria, aos municípios (84,6%) – quase sempre são as prefeituras que contratam. A Tabela 15 sumariza as esferas de vinculação do serviço. Precisamos mencionar que 19 psicólogos/os indicam estar vinculadas/os a mais de uma esfera, o que gerou porcentagem superior a 100% de respostas.

Tabela 15 – Vinculação do serviço (Questionário)

Nível	n	%
Municipal	204	84,6
Estadual	33	13,7
Federal	27	11,2

Fonte: Dados da pesquisa

O cargo ocupado é prioritariamente o de psicóloga/o (77,2%) e o nível de atenção à saúde no qual exercem sua prática é prioritariamente o da atenção básica (74,7%). Resultado semelhante é encontrado nos GFs, onde 90,6% ocupam o cargo de psicóloga/o. Estes dados não surpreendem pelo fato de ser este o público alvo da pesquisa. Outras correlações observadas mostram que as/os profissionais que atuam há mais tempo tendem a atuar apenas na ABS e não em outros níveis de atenção em saúde. Dentre as/os profissionais, 25,3% declaram atuar em dois níveis de atenção simultaneamente, conforme podemos verificar na Tabela 16.

Tabela 16 – Nível de atenção em que atua (Questionário)

Nível	n	%
Apenas atenção básica	180	74,7
Atenção básica e secundária	50	20,7
Atenção básica e terciária	11	4,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Das/os respondentes, 90,5% declaram não exercer cargo de gerência. As/Os poucas/os que ocupam cargo de gerência atuam como coordenadoras/es de setor ou de serviço, em especial nos NASF.

6.4. ESPECIFICIDADE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

As/Os psicólogas/os que atuam nos municípios de pequeno porte, vivenciam situações específicas deste contexto relacionadas, principalmente, à sobrecarga de trabalho e ao fato de as pessoas se conhecerem – o que gera constrangimento, especialmente, na hora de se realizar atividades em grupo. A falta de uma rede de serviços constituída para a realização de encaminhamentos, apesar de menos colocada pelos GFs, também foi citada.

A sobrecarga advém, muitas vezes, do fato de a/o psicóloga/o ser a/o única a atuar no município, gerando, inclusive, uma identificação do serviço com a/o profissional: “A porta de entrada não é o PSF, sou eu!” ([Não identificada/o], GF4). É como se a/o profissional se tornasse a personificação daquele serviço. Além disto, nestes casos – de serem a/o única/o profissional da cidade – elas/es acabam tendo que atender todos os tipos de demandas possíveis, não podendo se dedicar apenas ao segmento da saúde pública.

É, a única. Então, eles só perguntam assim: “Onde que ela tá hoje? Tá na policlínica ou tá no Cras?”. [...] Tudo que aparece tem que atender (Antonela, GF1).

[...] porque no município não tem técnico no Cras. Eu sou técnico também do Cras, às vezes eu tô lá no Cras. Então, assim, é complicado porque tem as demandas das famílias, demanda específica do Cras, os serviços de convivência, os grupos do Cras; e tem a outra demanda, porque a cidade inteira necessita. Então, é complicado (Caíque, GF3).

Mesmo quem se concentra somente na área da saúde pública, acaba tendo que atender em mais de uma unidade, como é o caso de



Lisa (GF1): “Eu sou vinculada ao Centro de Saúde de [Município], mas eu atuo em todos os postos da cidade, que são três postos, mais a demanda da zona rural, que são mais dois. Então, eu atuo em todas essas demandas: criança, adolescente, idoso, adulto...”. A realidade de Lisa é a mesma de muitas/os colegas. Atendendo a todo tipo de caso e em diferentes locais, acabam não tendo tempo para diversificar as atividades e implantar novas ações e/ou projetos.

Porque eu já quis pensar em montar agora um grupo de teatro, né? [...] mas não tem essa possibilidade pra mim ainda. Enquanto não colocar pelo menos mais um profissional pra me ajudar, porque sozinha eu não dou conta de uma cidade inteira. [...]sem matriciamento, sem... (Lisa, GF1).

A falta de matriciamento, bem como a dificuldade de se implantar o NASF – e não somente isto, mas também a de fazê-lo funcionar conforme preconizado pela política de saúde – igualmente foi uma questão recorrente nos casos dos municípios de pequeno porte.

Não existe matriciamento na cidade ainda, né? Eles tão tentando trazer o NASF pra implementar isso. Quando eu entrei, foi o que eles queriam que eu fizesse, matriciamento, só que a demanda foi vindo [ri]... Como é que eu faço matriciamento e deixo aquelas pessoas que não têm pra onde encaminhar, não tem o que fazer? (Lisa, GF1).

A população é pequena, são acho que mais ou menos onze mil habitantes, mas a extensão territorial é muito grande. Então, como é um NASF só, eu tenho que ir pra todos os distritos. [...] Lá tem seis distritos, né? Então, assim, acaba que eu sou psicóloga do NASF, mas eu sou a psicóloga do posto e eu sou referência em saúde mental da cidade (Pietra, GF3).

Rute: E eu não fico só por conta do PSF. Por exemplo, se tem um caso do Conselho Tutelar, eu tenho que fazer acompanhamento. Em uma das áreas que eu atendo, tem o abrigo. Eu tenho que fazer

atendimento das meninas do abrigo. Eu tenho que ir atrás das meninas... Dos pais das meninas na roça.

Pesquisadora: Mas isso é no NASF?

Rute: NASF.

Julietta: Isso seria mais social, né?

[Não identificada/o]: Mas o abrigo não tem um psicólogo?

Rute: Tinha, mas não contrataram de novo. Aí, fica a gente tapando...

Julietta: Porque você está fazendo!

Rute: Mas não é. Tá na área, eu tenho que acolher (GF6).

O conflito entre não atender certos casos – para se fazer uma pressão para que o município contrate mais profissionais – ou atender – mediante os apelos daquelas/es que precisam do serviço – também surgiu como um dado importante da pesquisa. Isto gera um desgaste para a/o profissional, não somente no nível físico, mas também de cunho emocional.

Outro fator que causa a sobrecarga de trabalho para a/o psicóloga/o nas cidades menores é o fato de as pessoas terem muita resistência e não aderirem ao trabalho em grupo. “É, cidades pequenas, a gente se depara muito com isso assim: você tá atendendo um fulano, aí você tá atendendo um parente do fulano também” (Amélia, GF2). Geralmente, as/os moradoras/es se conhecem ou, pelo menos, se reconhecem, o que acaba sendo um entrave para o trabalho psicológico.

Antonela: [...] a questão de sair do individual pra ir pro coletivo. É muito difícil da população aceitar isso! Eles não conseguem imaginar um psicólogo trabalhar em grupo. [...] o que eles gostam mesmo é consultório [ri], é individual.

Kênia: Os que eu já participei, eles não aprofundam muito. Eles ficam esperando um grupo meio pedagógico. É a minha impressão. Porque na clínica individual, eles aprofundam, choram, falam da vida e tudo. Chega em grupo, normalmente, eles ficam desconfiados. Eles não confiam. E é difícil você estabelecer pra eles uma ideia de o que tá ali, vai ficar ali. Mas eles não confiam. Às vezes



não é nem na gente, mas eles falam assim: “Ó, ciclano, ali ó, amigo da minha vizinha, do não sei o quê...”. Interior é muito isso: “Ó, vai contar” (GF1).

Uma coisa é você falar sobre algum tema específico; outra é você reunir um grupo de pessoas num município de pequeno porte pra falar de violência doméstica. [...] Então, você não consegue. Pelo menos na minha cidade, você não consegue (Manuel, GF5).

[Município] é uma cidade pequena, né, uma cidade em que todo mundo se conhece. Então, quando a gente fala de grupo em uma mesma unidade... numa unidade de saúde, são pessoas... às vezes eu estou falando de vizinhos (Flora, GF5).

Às vezes, não é somente o fato de as pessoas se conhecerem que surge como obstáculo, mas o fato de a/o própria/o psicóloga/o ser da cidade – tanto no sentido de as pessoas serem resistentes a uma/um profissional que tenha o conhecimento da dinâmica das relações no município, quanto pelo lado desta/e de ser abordada em situações inusitadas.

Tainá: Tem muita gente que, devido à psicóloga ser de [Município] mesmo, eles falam assim: “Eu não quero” – porque a cidade... população pequena...

Antonela: Tem isso mesmo.

Tainá: [...] Ai eles falam assim: “Não. Não quero tratar com ela. Quero tratar com outra. Você pode me atender?” (GF6).

Kênia: Eu percebo que eles gostam quando eles descobrem que eu moro em [outro município distante do qual ela atua]. Eles adoram.

Antonela: Isso dá uma segurança.

Kênia: Engraçado que falta quase rir. [...] eles ficam numa alegria, porque eu acho que dá pra eles um distanciamento, um certo alívio. [...] essa questão da ética, né, e de quem fala, em cidade pequena, é muito delicado porque é isso mesmo, não precisa nem de saber, mas as pessoas supõem (GF1).

A colocação de Kênia (GF1) é importante porque diz respeito à fantasia que as pessoas criam em relação ao atendimento e em torno da figura da/o psicóloga/o. Elas não precisam saber que houve um vazamento de informação, bastam supor que algo pode vazar. Nos casos apresentados, isto tem sido capaz de inibir o tratamento. Subsiste, também, o antigo preconceito com o submeter-se a tratamento psicológico, por mais que esta realidade possa nos parecer ultrapassada.

Você falou assim: “Tô indo no psicólogo” – a cidade inteira sabe que você tá indo no psicólogo, já começa todo mundo a comentar (Julieta, GF6).

Na minha cidade mesmo, o pessoal não vai no psicólogo da clínica. [...] Porque se você for na clínica, é porque você tá com algum problema. O pessoal não gosta (Julieta, GF6).

Até as anotações em prontuário tornam-se um ponto delicado e demandam maior cuidado e observação criteriosa do uso que se faz das palavras.

Não tem nenhum tipo de informação [nos prontuários]¹⁵ porque a cidade é muito pequena e qualquer coisinha, uma palavrinha que você coloca, vira uma coisa desse tamanho, já rotula a pessoa. “Ah, porque a psicóloga falou que fulano é isso!”. Se você colocar assim “Psicose”, nossa! É perigoso se esconderem da pessoa. Na hora que a pessoa passar na rua, as pessoas fecharem a porta (Antonela, GF1).

A forma como as relações sociais acontecem nas cidades pequenas promove uma dinâmica que parece não ser favorável ao trabalho.

15 A estratégia de não inserir nenhum tipo de informação no prontuário, é equivocada por dois motivos: inviabiliza um instrumento de comunicação entre a equipe multiprofissional e fere o direito da/o usuário de ter esse registro de seu atendimento. Esse assunto será melhor discutido no capítulo 8 – Questões éticas.



Se eu não atendo você que chegou lá, ele vai na casa do Prefeito, bate na porta e fala assim ó: “O psicólogo não me atendeu”. [...] Vai meiodia lá, na casa do prefeito. Vai lá na casa da gestora... (Caíque, GF3).

As pessoas te veem passar na rua, né, falam assim: “Eu quero marcar uma consulta com você. Como é que eu faço?” [ri] (Manuel, GF5).

Encontra com a gente na rua: “Ah, eu preciso de um psicólogo. Quê que eu faço?”. Aí você explica tudo, mas aí, como tem a questão política também, eles vão até um representante e faz, de alguma forma, a gente passar aquele ali na frente (Regina, GF5).

E aí acaba conseguindo o telefone da gente, liga de madrugada, liga toda hora... Tem muito isso (Tainá, GF6).

O uso de influências para se conseguir favores prejudica a ética profissional. Lidamos com singularidades e com a importância de cada sujeito e nos interessa quebrar exatamente esta hegemonia de cunho socioeconômico ou político – a de que há alguém que seja mais importante do que outro – e considerar a dimensão subjetiva de cada pessoa. Como fazê-la acreditar no sentido da diferença se reproduzimos e acatamos este tipo de conduta? Eis um conflito ético.

Este questionamento vincula-se, também, ao ponto destacado no exemplo abaixo: de a/o profissional ter o sentimento de que deve desapropriar-se de um lugar de mais importância para poder colocar-se perante a/o paciente como alguém que a/o acolhe, escuta e se interessa pelo seu sofrimento.

Antonela: O que a Kênia tá falando é muito importante: da gente mudar a postura de trabalho. Eu via muito isso no começo, dessa questão da gente falar bonito, né, de ser uma cidade pequena, onde poucas pessoas estudaram. Então, a gente volta com estudo, a pessoa pensa assim: “Nossa, ela sabe!”. E até a questão da roupa. Eu tive que mudar minha forma de vestir. Quando eu comecei a atender era de branco. Tinha que colocar o jaleco por atender na unidade. Não funcionava.

Pesquisadora: De onde que vinha isso?

Antonela: Da regra da unidade. [...] Por fim eu tive que abandonar. Eu falei: “Olha, jaleco pra mim e branco não funciona”. Aí eu fui mudando, eu fui colocando roupa comum, simples, tênis. É, uma forma mais simples de vestir. Aí, eu fui ficando mais acessível, né? Pra pessoa ter mais intimidade comigo, de achar que eu era mais ali da rotina deles (GF1).

A atuação em municípios de pequeno porte requer o enfrentamento de desafios incomuns se pensarmos no contexto das cidades grandes e vice-versa. Ambos os casos, porém, exige da/o profissional firmeza na sua postura e manutenção de uma conduta ética que não permita certas interferências. Estamos falando de uma necessidade de construção e reavaliação constante das práticas de trabalho.

Discutimos, neste capítulo, a inserção das/os psicólogas/os na atenção básica à saúde, a partir da análise das condições materiais e imateriais existentes para a sua prática e das relações de trabalho estabelecidas nesse campo. Observamos que um dos pontos que mais provocam questionamentos por parte das/os psicólogas/os, são os critérios de contratação das/os gestoras/es – muitas vezes escolhidas/os a partir de favorecimentos políticos e, em decorrência disto, despreparadas/os para assumir o cargo. Outra questão crucial é sobrecarga de trabalho associada à baixa remuneração. A forma de contratação, com muitas/os profissionais com vínculos precários de trabalho, foi apontada como geradora de insatisfação e até adoecimento, dada a insegurança causada mediante o medo de se perder o emprego e o patamar de fragilidade a que a/o profissional é colocada/o.

Por meio do trabalho, o ser humano precisa encontrar elementos para suas criações e invenções, com vistas a transformar as realidades e situações. O sentido do trabalho se dá na direção da transformação da natureza para a satisfação das necessidades, o que lhe confere a conotação de território concreto para a produção da própria vida. Ou seja, o trabalho deve promover formas de produção e modificação da



realidade pela sua potência criativa. Ele se torna adoeedor quando isto se dá pelo padecimento daquelas/es que o realizam.

Os modos de precarização, alienação e desmobilização das classes trabalhadoras causam o desfavorecimento do exercício da atividade profissional. Restringir as possibilidades para o trabalho significa inviabilizar a manifestação dos saberes acumulados e da criatividade. Assim, não podemos corroborar com os modos de captura e de dominação hegemônicos presentes nas suas relações que enrijeçam a sua produção; pelo contrário, temos que compreender a produção de sentido e de subjetivações experimentadas em seu contexto a partir do que há de múltiplo e heterogêneo.



7. DIMENSÕES AFETIVAS DAS PRÁTICAS

Neste capítulo, veremos como as práticas de trabalho da Psicologia na ABS são permeadas por diversos afetos destas decorrentes. O leitor reconhecerá as temáticas aqui apresentadas, pois estas já foram tratadas nos capítulos anteriores, sendo neste momento tratadas com enfoque específico nas dimensões afetivas. Sentimentos de desvalorização, falta de reconhecimento, isolamento, frustração, descontentamento, angústia e gratificação, surgem no texto de modo transversal, já que estes não estavam contempladas no roteiro dos GFs, porém foram registrados em diversos momentos. Tal ocorrência confirma a necessidade de utilização das duas estratégias de pesquisa – qualitativa e quantitativa – haja vista que elas se complementam.

No desenvolvimento de seu trabalho, as/os psicólogas/os sentem-se desvalorizadas/os por parte, principalmente, da gestão e demais profissionais, que elas/es nomeiam como “falta de reconhecimento”. Como afirma Aurélia (GF1), “Eu acho que falta reconhecimento. Às vezes, dentro mesmo da unidade, da equipe. [...] Tem realmente que melhorar muita coisa.”.

Especialmente no tocante à Medicina, que goza de privilégios e reconhecimento dos quais a Psicologia não dispõe, o sentimento de desvalorização se exacerba. “E o tempo que a gente se dedicou pra estudar, né? A maioria das faculdades são três, quatro anos, e a nossa já começa que é cinco, né? Já tá quase ali páreo a páreo com a Medicina e, mesmo assim, a gente não tem reconhecimento nenhum” (Lisa, GF1). Neste item, da relação da Psicologia com as/os profissionais da Medicina, uma psicóloga colocou que vem se recusando a oferecer um lugar a estas/es que aponte para um merecimento além ou mesmo que venha a sobrepujar o lugar das/os psicólogas/os.

A gente precisa mudar a nossa postura. Eu, por exemplo, agora, comecei a mudar. Contrarreferência: eu não escrevo doutor. Doutor pra mim é quem tem doutorado. Então, eu escrevo assim: “Atenção, cicrano”, tracinho, “médico”. “Atenção, beltrano”, tracinho, “enfermeira”. Por que eu vou por doutor? Porque eu acho que a gente também vem de uma questão cultural, né, de dar um lugar pras coisas que acabaram com exagerar pra um lado. Valorizar muito alguns profissionais e desvalorizar o que a gente faz (Kênia, GF1).

Ao enfrentarem uma série de precariedades – já tão citadas neste texto – que ferem seus preceitos éticos e profissionais, as/os psicólogas/os colocam-se em um modo de subjetivação cuja resposta esperada é uma espécie de reconhecimento exógeno à sua prática que lhes assegure condições mínimas para a representatividade do seu lugar em equipe. Como isto lhes é constantemente negado, reaviva-lhes o sentimento de frustração e desânimo. A questão da falta de reconhecimento é prejudicial à saúde da/o trabalhadora/r e se esbarra no ponto da baixa remuneração, já que uma se encontra intrinsecamente ligada à outra.

A cabeça tem que ter cuidado com ela igual você tem cuidado com seu pé, igual você tem... E, assim, isso não é ainda cultural. E cabe a nós, né, mostrarmos com o nosso trabalho, o quanto que se você não cuida da sua cabeça, além de adoecer o seu corpo, isso vai ter uma consequência muito séria. E é um trabalho pessoal tão profundo, que não é só do cansaço físico, mas, assim, investimento de anos de terapia, de supervisão, de organização da sua vida pessoal. Então, assim, tudo bem, eu não sou a pessoa que mais sabe cobrar e nem sou a mais ambiciosa do mundo e nem tô com pretensão de ficar rica. Não é isso. Mas eu quero o justo. Eu quero o reconhecimento (Kênia, GF1).

A baixa remuneração é um ponto chave na discussão sobre a prática profissional e fonte de muitos questionamentos por parte da categoria, como visto anteriormente neste trabalho. Esta realidade não deixa de passar pelo viés da afetividade, gerando nas/os psicólogas/os constrangimento, indignação e desmotivação.



É complicado, a gente fica desmotivado [com o baixo salário], né? Quer dizer, se não tem amor demais à profissão... (Sofia, GF2).

Eu acho que o salário é horrível. [...] Eu gosto muito do que eu faço, mas falar que nós, todos nós... Eu não sei, mas pelo menos a minha remuneração é muito pouca (Fabiana, GF2).

Eu fiquei muito triste quando eu escutei psicólogo aceitando trabalhar por menos de mil reais. [...] as pessoas aceitando trabalhar por menos de mil reais. Quer dizer, eu entendo que a pessoa precisa trabalhar, quer trabalhar, mas, por outro lado, quando a classe faz uma situação dessa, a gente diminui todo o valor que está sendo construído. Porque o que a gente faz é muito legal (Kênia, GF1).

Observemos que todas as falas expressam um contraste entre a baixa remuneração e os sentimentos que as/os profissionais nutrem em relação ao seu ofício. A despeito desta, as/os psicólogas/os se identificam com o trabalho que realizam e demonstram o desejo de permanecerem na profissão. Aliado a este contexto, a sobrecarga de trabalho corrobora para o sentimento de se estar trabalhando mais em proporção ao que se recebe, como em uma relação de mais-valia.

Na época eram oito PSFs – [imagina] ela atender oito PSFs na semana! A psicóloga teve uma crise lá que até [ri] internada ela ficou de tanto que ela estava sobrecarregada. Ela teve que tomar medicação e tudo o mais! Ficou afastada um tempão do serviço por conta disso (Rute, GF6).

O trecho acima ilustra um caso relativo ao adoecimento psíquico oriundo da prática de trabalho. Apesar disso, não identificamos outros casos semelhantes dentre os dados da pesquisa. De todo modo, essa é uma realidade importante que merece ser pesquisada à parte em outro momento.

Além dos tópicos trazidos acima, a falta de recursos ou os recursos escassos para a boa execução dos serviços, representa uma fonte de descontentamento e frustração para as/os profissionais.

Então, eu tô improvisando. Mas eu já considerei fechar [agenda para o atendimento infantil]. Bater o pezinho e falar assim: “Enquanto...” [ri] – pelo menos o mínimo, né? - “Enquanto vocês não oferecerem uma sala digna pra atender essas crianças...”. Já que eu sou a única referência na cidade inteira. É, eu já pensei assim, mas toda vez... Chega as crianças sofrendo lá, aí eu... [ri]. Ai, o quê que eu faço? (Lisa, GF1).

A gente não tem condição de trabalho, nenhuma. Eu saio correndo atrás de material pra fazer as coisas que eu faço (Fabiana, GF2).

E com a moto eu faço quatro, cinco [visitas domiciliares]... Que eu pego, saio, vou, gasto meu combustível... Não tenho combustível pra ir... Não tenho nada. Eu faço por um ato humanitário mesmo de atender as pessoas, de ver o trabalho porque eu acho que o programa é um programa bacana. Tem o carro da Prefeitura pelo Governo Federal, né? Só que não dá conta. É muita gente com um carro só. E mesmo que o carro vá fazendo essas voltas, você sempre fica atrasado. [...] Então, eu acabo criando uma forma de trabalhar (Artur, GF6).

A prática descrita por Artur, de se empenhar recursos próprios para a realização de atividades de trabalho, é comum entre as/os profissionais da Psicologia. Várias/os psicólogas/os narram fatos semelhantes, demonstrando um envolvimento emocional com esta e com a prestação de um serviço de qualidade, muitas vezes extrapolando suas obrigações para que o trabalho aconteça. Junto a este fato, existe a queixa sobre as/os gestoras/es que, de modo geral, não tem formação dentro da área da saúde e, logo, não compreendem as necessidades do dia-a-dia desta. Estes entraves no funcionamento da política de saúde geram angústia para as/os profissionais, que se manifestam a respeito:

Eu acho um trabalho angustiante. Eu acho angustiante. Eu acho que realmente a política... – eles querem que tem, mas não dá suporte. Quer o NASF, mas não dá suporte. É tão angustiante que nós do NASF usamos a expressão que eu acho até muito forte, mas



eu acho que fala muito. Eu acho falta de respeito. [...] é falta de respeito mesmo (Tales, GF1).

É complicado! É complicado esse trabalho. Eu sei da minha função no papel. Me angustio com isso, porque eu sei. E me angustio também por não cumprir, não poder exercer a minha função. [...] Toda hora você é retirado, toda hora você é abafado, você é sufocado por outras demandas (Caíque, G3).

O fato de haver casos que o serviço não acolhe devido à sua especificidade e, ao mesmo tempo, das/os profissionais não vislumbrarem um encaminhamento possível, também foi apontado como fonte de angústia.

A gente, psicólogo da Unidade Básica, muitas vezes, não tem condição de dar esse apoio [a pacientes limítrofes], entendeu? O que não quer dizer que, porque tá na escola – não é autista e nem psicótico - que não existe nenhum sofrimento, que não merece um olhar, né? Então, isso é uma coisa angustiante (Aurélia, GF1).

A psicóloga, neste caso, estava se referindo à prática da UBS na qual atua – onde existe uma equipe complementar para as/os pacientes que, no momento, se encontram estabilizados – e do CAPSi – para onde são feitos os encaminhamentos de adolescentes e crianças em crise. Ou seja, aqueles casos limítrofes, que não se encaixam em um ou outro destes perfis, acabam ficando desassistidos e, pior ainda, com risco de alçarem o patamar dos casos mais graves. Observa-se uma dificuldade em viabilizar uma ampla discussão diante deste desafio que se apresenta no campo de atuação. Vejamos o depoimento de Rita, que também aponta uma angústia frente ao não acolhimento de certas demandas por parte do serviço:

Na área infantil, acho que tem muita coisa ainda a desenvolver. A prioridade é o atendimento adulto, né? Então, eu sofro muito porque eu acho que a população infantil nas unidades básicas, nos

PSFs acaba ficando, né? [...] E aí, elas ficam pipocando porque o que é de escola, a unidade não atende (Rita, GF5).

As/Os psicólogas/os dos GFs, em muitos momentos, relatam se sentirem sozinhas/os ou isoladas/os em sua atuação. Observamos que esse sentimento de isolamento perpassa três eixos: uma sensação de que o Conselho de Psicologia está distante da categoria e não a apoia em questões importantes; o isolamento físico de psicólogas/os que vivem longe dos grandes centros urbanos; e um sentimento de não poder contar com o apoio da/o gestora/r e/ou colegas de trabalho.

Sobre a questão do Conselho, elas/es apontam para um sentimento de abandono. Grande parte das/os psicólogas/os expressa um desejo de que o CRP estivesse mais próximo e se fizesse mais presente, especialmente em situações relativas às condições de trabalho, às exigências do Judiciário, ou mesmo em termos de representatividade.

A gente não tem muita proteção não. Eu sinto que, apesar do Conselho estar aqui, a gente está ali [no campo de atuação] a Deus dará (Lisa, GF1).

Eu gostaria que o Conselho fosse mais atuante nesse sentido, [...] principalmente lutando por melhores condições de trabalho junto conosco (Fabiana, GF2).

Em outro momento, um psicólogo cita o caso de uma colega que é assistente social e que se recusou a realizar certos procedimentos que a gestão estava lhe exigindo, com o apoio de seu respectivo Conselho: “E o Conselho defendia. Ela chegava, ligava, mas ele respaldava isso, né?” (Tobias, GF1). O que a categoria aponta neste momento, diz respeito a um desejo e/ou necessidade de um maior respaldo do CRP-MG, diante determinadas questões concernentes às práticas de trabalho. No trecho abaixo, o psicólogo se manifesta a respeito:



Eu queria dizer pra quem tá escutando [a gravação] que não nos deixasse lá no interior. [...] é angustiante demais, em três anos no interior, e nunca você ser procurado pelo Conselho, nunca você ser procurado pra ser escutado também, pra uma pessoa do Conselho ir lá saber como é sua rotina do seu trabalho, poder te dar uma outra orientação daquilo que você está fazendo, compartilhar ali do ambiente de trabalho, ver onde você trabalha... (Caíque, GF3).

Alguns pontos quanto às funções inerentes ao CRP merecem ser discernidas. Sem desconsiderarmos a angústia do profissional, precisamos elucidar que a função precípua da instituição consiste em orientar e fiscalizar, o que não impede ou impossibilita que outras ações possam e devam ser realizadas em prol da categoria¹⁶. Por outro lado, um participante dos GFs, formado há 36 anos, diz que vê uma grande mudança na relação do CRP com a categoria. Ele destaca o sentimento de acolhimento que teve ao buscar orientação junto à instituição: “Eu trouxe a questão do atendimento à criança, né?

16 A luta e as demandas por melhores condições de trabalho devem ser direcionadas ao Psind-MG, mas frisamos que o CRP-MG inaugurou uma parceria com o Sindicato para tratar da pauta das relações de trabalho, mesmo não sendo essa sua função primeira. Nos demais casos, acionar o Conselho é fundamental para pensarmos juntas/os as diretrizes para a profissão. O CRP-MG está aberto a receber as demandas das/os psicólogas/os, mas conta com a autonomia destas/es para buscar orientação e, inclusive, participar na proposição de pautas para a gestão. A cada três anos, o Sistema Conselhos convoca a categoria para o Congresso Nacional da Psicologia (CNP) e para o Congresso Regional da Psicologia (Corep) visando garantir a participação direta de psicólogas/os na definição das políticas que deverão ser implementadas e reguladas pelos Conselhos de Psicologia a cada gestão. Há também a possibilidade de participação em Comissões Temáticas e Grupo de Trabalhos – lembrando que esta pesquisa se origina a partir de questões levantadas pela Comissão de Psicólogos da Saúde. Já para orientações e elucidação de dúvidas, as/os profissionais podem recorrer às/aos psicólogas/os fiscais, lotadas/os no Setor de Orientação e Fiscalização do CRP-MG, que prestam esse serviço através de plantão telefônico (31 2138-6772), e-mail (acesse <https://crp04.org.br/orientacoes/contato/>) e/ou pessoalmente.

[...] Pois é, pelo menos eu me senti mais acolhido. Falei assim: ‘Pô! Legal’, né?’ (Tobias, GF1). As/Os psicólogas/os sentiram-se, também, gratificadas/os por serem convidadas/os a participar de uma atividade organizada pelo CRP-MG, no caso, os próprios GFs. Elas/es refletiram que, muitas vezes, a dificuldade em compartilhar as experiências do trabalho advém de estarem atuando em municípios muito pequenos ou mesmo em locais onde elas/es são as/os únicas/os psicólogas/os da equipe – ou ainda, em ambas as situações.

E por ser um município também muito pequeno, né? É um psicólogo para o município todo. [...] é um trabalho de desconstruir muita coisa, de tentar construir muita coisa. E a gente tá tentando, mas é complicado de trabalhar. Ainda mais porque grupos, igual esse aqui, assim, é muito pouco, participei muito pouco. É o segundo que eu participo em dois anos e pouco. A gente tá mais distante do centro de BH, da subsede... Eu acho que a gente é um pouco mais prejudicado, não sei se compartilham da mesma angústia, assim, mas é complicado trabalhar (Caíque, GF3).

Outra dificuldade relatada por uma das participantes diz da relação com as/os próprias/os psicólogas/os, que muitas vezes estão desmotivadas/os e já não se empenham nas reivindicações.

Eu tenho reinventado minha maneira de trabalhar, sabe? [...] A gente incomoda muito os colegas, que ficam só no comodismo: “Ah, não dá pra fazer, ninguém conhece o trabalho do psicólogo. Ah, ninguém me dá apoio”. [...] Eu acho que tem que partir um pouco de nós também, sairmos desse silêncio de que não dá, de que ninguém ouve, de que ninguém... Poxa, vamos falar pra quê que a gente veio, pra quê que você estudou. Qual que é a sua proposta? Existe mesmo, é fato, esse desconhecimento! Mas eu nos responsabilizo um pouco por isso. Eu acho que o psicólogo fica muito só no discurso. Falta um pouco de pragmatismo, de pegar e de fazer (Fabiana, GF2).

Todo o empenho que algumas/ns psicólogas/os demonstram



quando elas/es tentam, a todo custo, fazer uma atividade acontecer, insistir para que a profissão alcance reconhecimento perante as/os gestoras/es e demais profissionais dos serviços, parece estar ligado a uma gratificação que elas/es sentem em exercê-la. Isto só é possível por haver investimento afetivo sustentando essa relação. “Porque a coisa não vem arrumadinha, né? Mas eu vejo muita beleza. Eu acho que eu faço com, com um bem querer assim” (Kênia, GF1). Esse sentimento, que se mantém a despeito da baixa remuneração, é também oriundo da obtenção de resultados satisfatórios:

Sem contar o prazer que dá. [...] porque o salário não é muito bom não. [ri] é mais também pela questão da gratificação (Tina, GF6).

O que me ajuda é porque eu amo o que eu faço. Eu decidi isso pra minha vida: com mais ou menos dinheiro eu vou fazer o que eu gosto, porque senão, não vai rolar. E aí, pago o preço por isso (Kênia, GF1).

É um trabalho muito desgastante, mas a gente ainda tem resultados, né? Eu acho que é isso que vale a pena (Geovana, GF2).

Eu acho que o mais gratificante – porque o salário não é lá essas coisas – então, o mais gratificante é isso, é ver a melhora do paciente. [...] não tem dinheiro que paga isso (Célia, GF6).

Vemos que a relação das/os psicólogas/os com o seu fazer tem diferentes vicissitudes. A baixa remuneração, carga horária excessiva, sobrecarga, falta de reconhecimento e valorização do trabalho desenvolvido são questões perpassadas por diversos afetos que vão desde o descontentamento até a gratificação e é neste eixo que as práticas se sustentam. São experiências subjetivamente importantes, vividas no cotidiano do trabalho das/os psicólogas/os, que tem, especialmente, motivado a categoria a exercer a profissão.



8. QUESTÕES ÉTICAS

Na categoria de análise “Questões Éticas”, os aspectos que mais se destacaram nos GFs foram: o sigilo profissional; o registro das atividades; os conflitos éticos relacionados às/aos colegas de equipe; a relação entre as/os profissionais e o Sistema Judiciário – especialmente, no tocante às demandas e elaboração de documentos.

Em relação ao questionário *on-line*, a maioria das/os respondentes (77,2%) indicou nunca ter enfrentado uma dificuldade ética em sua atuação. Dentre as/os que dizem o contrário, elas/es citam problemas relacionados:

- à garantia do sigilo dos atendimentos em ambientes inadequados;
- à segurança dos prontuários - anotações em prontuários eletrônicos que ficam disponíveis para toda a rede de saúde; estagiárias/os tratando com descuido as informações contidas nos prontuários;
- à questões religiosas interferindo em aspectos de saúde;
- à solicitação de atendimento a colegas de trabalho;
- ao descaso de profissionais de saúde com pessoas homossexuais, travestis e/ou transexuais;
- à falta de respeito de profissionais com pessoas vítimas de violência sexual; e
- à pressão da gerência para priorizar atendimentos para pessoas com ligações políticas; e,
- à solicitação de familiares e de outras pessoas para acesso a prontuários de pacientes.

Já nos GFs, uma das questões éticas mais mencionadas pelas/os psicólogas/os foi quanto à estrutura dos locais reservados para o serviço da Psicologia. As/Os participantes relataram que, muitas vezes, não há um local específico para a/o psicóloga/o, obrigando-lhe a atender em locais improvisados ou pertencentes a outros serviços;

Matilde: A gente atende, assim, sempre é na sala do enfermeiro, é na sala de alguém, é na sala do médico. Aí, muitas vezes, eu fui

interrompida porque... É, por exemplo, eu chego 7h, começo a atender uma pessoa; o médico chega 7h20. Eu já fui tocada. A faxineira ou um agente: “Aqui, o médico chegou! O médico chegou! Você pode ralar daí!”. É, assim, você é tocada da sala, interrompida o tempo todo, né? Tem essas questões.

Vanessa: Você muda de sala constantemente.

Matilde: É.

Vanessa: Isso acontece demais comigo. Eu tô no meio de um atendimento: “Ah, vamos trocar de sala, por favor?”, aí vai e troca. A pessoa [que está sendo atendida], eu acho também, ela nem quer mais falar (GF7).

É relatado também que, mesmo quando há uma sala para a/o psicóloga/o, esse local é sem estrutura para a realização do serviço, pois não possui boa acústica, podendo se ouvir os barulhos externos e vazando som de dentro da sala para os corredores, prejudicando, assim, o sigilo que deve permear a prática psicológica:

É, eu sinto também um problema que eu tenho em algumas salas. Eu sinto que eu escuto tudo que estão falando do lado e eu tento falar mais baixo, mas tem paciente que fala alto e eu fico imaginando que isso também deve vazar. E isso me preocupa muita [ri] das vezes, né? [...] Eu acho que o corredor faz um eco, porque eu escuto a fonoaudióloga atendendo do outro lado como se ela tivesse dentro da minha sala às vezes, né? E é o barulho também, às vezes, é uma coisa muito incômoda num lugar desse porque não existe a questão do silên... dessa privacidade pro paciente. Não existe às vezes um ambiente adequado, né? Então, às vezes eu fico com medo dessa questão, do que tá falando ali dentro poder vazar (Lisa, GF1).

De acordo com o Guia Para o Exercício Profissional da Psicologia (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 4ª REGIÃO, 2015, p. 30),

O local deverá apresentar condições apropriadas ao tipo de serviço psicológico oferecido, bem como ao público atendido (ex:



crianças, pessoas idosas, pacientes com necessidades especiais ou em situações psíquicas graves). [...] É necessário ter cuidado com possíveis vazamentos de som, facilitados, por exemplo, por paredes, divisórias, vãos de portas e janelas. O ambiente deverá ser preservado de barulhos externos que possam interferir na qualidade do serviço.

É importante frisar que as condições de trabalho apresentadas na realidade da política pública, como a inadequação do local de realização dos serviços, se apresentam como um desafio para questões éticas da profissão, já que não estão apenas sob o controle da/o psicóloga/o. Temos que atentar, também, para o fato de que, muitas vezes, o modelo liberal da clínica privada é tomado como parâmetro sem que sejam problematizadas as diferenças dos contextos de atuação.

A questão do registro das atividades profissionais também foi muito citada pelas/os psicólogas/os dos GFs. Estes são obrigatórios e devem ser guardados em local que garanta a privacidade e o sigilo. “Em qualquer campo que venha atuar, o psicólogo tem o dever de registrar todas as atividades exercidas com cada paciente/usuário e guardar segunda via de todos os documentos produzidos” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 4ª REGIÃO, 2015, p. 31). A guarda dos registros deve ter duração mínima de cinco anos, sendo esta de responsabilidade tanto da/o psicóloga/o quanto da instituição (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 4ª REGIÃO, 2015). Tal armazenamento torna-se um problema para algumas/ns participantes que, por não terem um local adequado, acabam levando os registros para casa.

Larissa: Eu faço ficha, mas só eu tenho acesso a esse armário. Só eu que tenho a chave.

Luan: Eu carrego meus prontuários.

Larissa: Eu carrego a chave.

Matilde: Eu carrego. Lá no nosso, a gente nem armário tem, aí eu carrego tudo comigo, né?

Emanuela: Lá em [Município] também não tinha não. [...] Aí, ago-

ra, eu tenho uma gaveta com uma chave, mas eu tive que levar uma trinca e um cadeado de casa (GF7).

Principalmente a gente que vai em várias unidades, eu carrego esse material, né? O prontuário do paciente na unidade, ele fica bem resumido. Uma coisa básica mesmo pra eu recordar ali no atendimento, mas sem detalhes (Não identificada/o, GF4).

Em caso de demissão ou exoneração da/do psicóloga/o, os registros devem ser repassados para quem substituirá a/o profissional na instituição. A/O psicóloga/o pode entregar o material diretamente para quem a/o irá substituir ou pode deixar lacrado para que o repasse aconteça assim que a/o próxima/o profissional inicie no cargo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005). Apesar da normativa, esta pode ser uma prática nem sempre utilizada, como no exemplo de uma participante do GF1, que se queixou de não ter recebido o material da/do colega que a precedeu.

Há dois tipos de registro: o prontuário e o registro documental, sendo que o primeiro, o qual o paciente tem livre acesso, deve conter informações objetivas e relevantes para a qualificação do atendimento e servir como um meio de comunicação entre toda a equipe. O registro documental, por outra via, deve ser sigiloso, podendo ser acessado apenas por psicólogos/o, bem como conter informação detalhadas e específicas sobre o caso (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 4ª REGIÃO, 2015). Algumas/ns psicólogas/os dos GFs demonstraram, em algumas falas, desconhecer a existência desses dois modelos de registro e suas funções:

Agora, o que eu penso em relação ao prontuário multiprofissional, né? [...] Eu, particularmente, eu anoto coisas muito básicas, três linhas, coisas muito restritas, né? E sinto falta de ter um prontuário individual pro psicólogo. Eu acho que, um armário, um prontuário de todos os pacientes que passam pela gente de forma... exclusivos, né, não um prontuário multiprofissional. Sei que isso é legal, tem, existe, a gente pode anotar, mas eu acho que poderia



ter uma outra alternativa. Porque, na verdade, eu só anoto ali pra constar que ele passou (Amélia, GF2).

[Não identificada/o]: Tem muito atendimento que fala até de situações de assassinato, de alguma coisa, assim, que aconteceu. Aí, a gente não coloca isso. A gente coloca o desenvolvimento do acompanhamento daquela pessoa, tanto no grupo quanto no individual, mas nada tão... Eu acho que poderia ser feito um prontuário da Psicologia...

Felícia: Específico. Colocar no prontuário da unidade e ter o específico da Psicologia. [...] Porque, mesmo que você saia daquele trabalho, outro profissional que vier assumir, ele que vai ter acesso (G4).

Além desse desconhecimento, as/os psicólogas/os não se sentem seguras/os em relação ao que podem ou devem anotar no prontuário. A Resolução CFP N° 001/2009 – que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrentes da prestação de serviços psicológicos – diz que os documentos agrupados nos registros do trabalho realizado devem contemplar:

- I – identificação do usuário/instituição;
- II – avaliação de demanda e definição de objetivos do trabalho;
- III – registro da evolução do trabalho, de modo a permitir o conhecimento do mesmo e seu acompanhamento, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados;
- IV – registro de Encaminhamento ou Encerramento;
- V – cópias de outros documentos produzidos pelo psicólogo para o usuário/instituição do serviço de psicologia prestado deverão ser arquivadas, além do registro da data de emissão, finalidade e destinatário (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009, p. 2-3).

O prontuário multiprofissional constitui-se como um documento de grande importância, pois possibilita o contato entre todas/os as/os profissionais da equipe de saúde, proporcionando uma integração entre elas/es com relação à administração do cuidado, além de pos-

sibilitar o contato da equipe com o usuário. O documento também facilita a avaliação do diagnóstico e da conduta terapêutica utilizada por cada profissional, possibilitando uma análise comparativa quanto à eficiência. (MINAS GERAIS, 2007). Segundo a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2012b), é direito do usuário ter registro atualizado e legível no seu prontuário e algumas/ns participantes reconhecem essa importância.

Eu acho que a formalização, ela é importantíssima mesmo. A gente aqui tem um prontuário eletrônico, né, então a rede tem acesso a tudo que está ali, ao que você escreve... Então, a gente tem que tomar muito cuidado com o que colocar, mas eu acho que a gente não pode deixar de colocar informações importantes. Porque a gente não tá trabalhando sozinho também, né? [...] eu acho que a gente tem que ter esse cuidado de informar o necessário, né? E, esse equilíbrio que a gente tem que ter que eu acho que é difícil às vezes, né? Não é fácil não. Informar o estritamente necessário (Aurélia, GF1).

Eu acho que em termos de organização mesmo, né? Você tem que colocar pra equipe saber como que você está vendo esse paciente. [...] Então, é uma etapa difícil, que eu acho que é importante comunicar, naquele dia, como é que você tá observando (Não identificada/o, GF4).

A utilização do prontuário, portanto, é obrigatória e, ao mesmo tempo, não impossibilita que o psicólogo/o mantenha, concomitantemente, um registro documental apenas para sua consulta. Apesar disso, Sofia (GF2) relata que nos seus locais de trabalho este não é utilizado:

Agora, voltando à questão do prontuário, cada lugar é de um jeito. Por exemplo, nesses dois lugares que eu trabalho, o prontuário é só do psicólogo. Eu já sinto muita falta de não ter um prontuário unificado, né? Porque o prontuário é uma maneira de comunicação entre os profissionais...



Algumas/ns participantes demonstraram desconforto perante o acesso da/o paciente e sua/seu representante legal ao prontuário. Porém, estas/es têm, por direito, livre acesso às informações nele registradas (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 4ª REGIÃO, 2015; BRASIL, 2012b).

A gente particularmente toma muito cuidado, porque muitas vezes vai advogado, entra na justiça e pede xerox do prontuário (Tobias, GF1).

Antonela: Pra piorar...

Lisa: O prontuário é familiar, né? [risos]

[Falas sobrepostas]

Antonela: ...o prontuário vai pra mão do paciente. O paciente fica esperando a consulta com o prontuário na mão. Lendo!

Lisa: Só se o médico falar que não é pra fazer isso, que elas [as pacientes] não fazem. Mas, no contrário...

Kênia: Imagina você ficar lendo...

Lisa: E é familiar! Não é só da pessoa que você tá atendendo! Pode estar a mãe, o filho, o irmão.

Antonela: Exatamente.

Lisa: Então, assim, eu não ponho.

Antonela: Eu tive que optar também por não colocar, nenhuma informação. (GF1).

Uma outra questão também, que tá dentro do posto, é com os prontuários, porque anotar lá no prontuário, qualquer detalhe, você pode estar expondo a pessoa. Então, tem que ter todo esse cuidado de colocar apenas assim: “acompanhamento psicológico”, é, alguma coisa, assim, muito básica mesmo porque qualquer pessoa de dentro do PSF e da equipe pode ter acesso a esse prontuário. Inclusive o próprio paciente (Não identificada/o, GF4).

É preciso destacar a importância do prontuário familiar como meio de se ter uma visão integrada dos pontos fortes e frágeis da família, além da evolução desses aspectos ao longo do tempo (PEREIRA *et al.* 2008). Sendo assim, o prontuário de família é um

instrumento de trabalho decisivo na escolha da estratégia a ser desenvolvida pela equipe para a prestação do cuidado, além de permitir uma avaliação da qualidade da assistência prestada (BRASIL; MEDEIROS; SALDANHA, 2015). Porém, precisamos ponderar sobre o acesso de uma/um membra/o da família ao prontuário de outra/o membra/o, seus possíveis impactos e desdobramentos, como foi criticado pelas participantes na fala acima. Além disso, a Portaria MS Nº 1.820 de 2009 (BRASIL, 2009c) – que dispõe sobre os direitos e deveres das/os usuárias/os da saúde – artigo 3, terceiro parágrafo, determina que “toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde”.

Outro problema relatado pelas/os psicólogas/os é a leitura do prontuário por ACS e funcionárias/os que não são da equipe da saúde, comprometendo assim o sigilo dos atendimentos:

Mas lá tá dando problema com essa pessoa do Cras, a chefe lá [...] Porque é até em questões éticas, assim, ela queria misturar os prontuários [ri], queria que a secretária mexesse nos prontuários, e a psicóloga teve que barrar, né? E ela não tem formação nenhuma, assim, específica pra tá ali de chefia... (Lisa, GF1).

Ananda: Mas as ACS é proibido, né? Tipo assim, elas não podem ter acesso à leitura dos prontuários.

Antonela: Não podem, mas a gente não fica lá na unidade 24 horas, então elas vão...

Ananda: Mas elas vão [...] pegam.

Antonela: É. Elas vão pegar o prontuário pra renovar a receita, né?

Lisa: Elas leem sim.

Antonela: Então, eu tive esse problema e tive que separar (GF1).

Apesar do que afirmam Ananda e Antonela (GF1), o acesso da/o ACS a prontuários é uma questão controversa. Vários estudos têm sido realizados a respeito de suas competências e responsabilidades, mas não há normativa do MS a respeito. A partir de pesquisa rea-



lizada com profissionais de UBS da cidade de São Paulo, Fortes e Spinetti (2004, p.1332) apontam que

Parece ser consensual entre profissionais e gerentes das equipes estudadas que limites devam ser estabelecidos para o ACS com relação ao acesso a determinadas informações pessoais dos usuários, como as que se referem ao diagnóstico de doenças, sobretudo as que podem trazer algum grau de estigmatização e/ou discriminação negativa para os usuários, como HIV/Aids e transtornos mentais.

Nessa mesma lógica, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) publica em 2014 parecer em que define que o acesso da/o ACS ao prontuário familiar deve ser limitado a leitura, preenchimento e atualização apenas de ficha cadastral (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2014).

Outra questão ética é narrada pela participante Flora (GF5). Ela relata que enfrentou resistências no NASF em que atua, pois a psicóloga que a antecedeu no serviço comentava os atendimentos em conversas informais com suas/seus colegas de trabalho. Eu tive uma dificuldade, quando eu entrei, relacionada à questão de sigilo também. Porque quando eu entrei no NASF [...] eu percebi um grande receio das equipes que eu trabalhava com relação à mim e, com o tempo, a partir do vínculo que foi sendo criado, eu descobri o motivo. As pessoas viravam pra mim e falavam: “Flora, a profissional que trabalhava antes de você saía do atendimento, sentava aqui na cozinha e contava tudo pra gente que tinha acontecido”. Eu falei assim: “Ainda bem que eu não a conheci. Porque se eu conhecesse essa profissional, com certeza eu faria uma denúncia”, né? Isso pra mim é caso de falta ética gravíssima! Então, assim, foi uma dificuldade que eu enfrentei. Com o tempo, as pessoas foram pegando confiança em mim, aí o trabalho foi ficando mais fácil (Flora, GF5).

A atitude dessa psicóloga realmente fere os princípios éticos da profissão. De acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, artigo 6º, alínea b, a/o psicóloga/o, no relacionamento com

as/os outras/os profissionais não psicólogas/os, deve compartilhar apenas as informações que forem relevantes para a qualificação do serviço prestado e deve assinalar a responsabilidade de todas/os que as receberem de preservar o sigilo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

As/os psicólogas/os relatam também outras questões éticas relacionadas às/aos colegas da equipe ou às/aos demais funcionárias/os do equipamento de saúde que perpassam as relações de trabalho. É esperado das/os profissionais de saúde uma postura ética diferenciada em relação às/aos usuárias/os do SUS no que diz respeito ao cuidado, atenção, sigilo, entre outros, pois, pressupõe-se que elas/es possuam uma formação que permita a reflexão em relação a essas questões – diferentemente de outras/os funcionárias/os, que podem não ter uma orientação sobre os cuidados a serem tomados:

“Ah, isso é caso perdido!”, já ouvi de médico. Aí, assim, o médico disse: “essa família aí não tem jeito não, viu?”, algumas posturas mesmo de outros profissionais que acabam [...] interferindo na nossa postura (Flora, GF5).

Tem uma secretária lá na saúde mental que é assim: ela chega, ela conhece todo mundo lá. “Ô, fulano, como é que você tá?”. “Ah, tô bem”, e o fulano vai contando, né? “Ah, sabe, meu marido tá assim, assim, assado”. [...]. Aí, quando vê, chegou outro paciente que é colega dela [...]: “Nossa, o marido dela [da primeira paciente]! Ela me contou que o marido dela fez isso e isso com ela. Cê acredita?!” (Emanuela, GF7).

Eliane: Ontem veio uma situação que a mãe de um menino [...] Ela fala de um abuso do filho, né? [...] Eu não sei se de repente lá vazou essa informação, mas vocês precisam ver como que foi o comentário entre as agentes, né? Eu acho que elas não tavam preparadas pra ouvir isso, né? Então, a gente tem que tomar muito cuidado com o que é colocado assim.

Felícia: Até com a equipe mesmo.

Eliane: Com a equipe! Era uma questão da equipe! Elas não esta-



vam preparadas pra ouvir isso. Virou uma questão de fofoca e não uma questão do que estava acontecendo, né? (GF4).

Apenas nos GFs 5 e 7 a coordenadora questiona as/os participantes sobre a conduta delas/es diante dessas situações. No GF5, a esse questionamento, as/os participantes respondem que consideram uma situação delicada que pode prejudicar o relacionamento com os colegas de trabalho. Carla (GF5), especificamente, procura, pela sua postura, mostrar seu desacordo com o posicionamento da/o colega, não participando de conversas nas quais são feitos comentários inadequados sobre pacientes ou sugerindo, de forma bem sutil, que a/o profissional repense o que foi dito. No GF7, grupo no qual surgiram questões que envolvem outras/os funcionárias/os fora da equipe de saúde, como secretária, pessoas do setor de limpeza, entre outras que podem não ter sido orientadas em relação a esses aspectos éticos, as/os participantes responderam que intervêm, mas que essas situações continuam acontecendo.

Todas/os as/os profissionais da equipe da ABS devem participar do acolhimento das/os usuárias/os, realizando uma escuta qualificada e atenta às necessidades de saúde de cada um, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo, proporcionando, assim, um atendimento humanizado (BRASIL, 2012a). Portanto, a ética como princípio deve permear a prática de toda a equipe e é preciso pensar na importância de um posicionamento das/os profissionais de Psicologia frente a situações como as relatadas nos GFs. Elas/es devem repassar informações à equipe de forma consciente e responsável, considerando o quanto estas concorrerão para a condução do caso, além de ter a função de contribuir elucidando a importância e dever de toda equipe em manter o sigilo das informações e alertando para os possíveis danos advindos de seu vazamento.

As/Os participantes dos GFs demonstraram, também, preocupação em relação à forma de lidar com as/os usuárias/os dos equi-

pamentos de saúde que tenham sofrimento psíquico, pois há casos que demonstram despreparo, tanto da equipe de saúde quanto de outras/os funcionárias/os:

Às vezes, a gente tem um problema deles [colegas de trabalho] pra relacionar com os doentes da saúde mental. [...] E não são as agentes comunitárias muitas vezes, né? Mas, às vezes, um profissional que teve uma instrução, não dá conta. E aí isso gera um transtorno. [...] E eu percebo que devia ter mesmo uma preparação maior (Kênia, GF1).

Já ouvi também de gente: “Nossa Senhora! Fulana é louquinha de pedra!”, esses termos assim que incomodam muito a gente enquanto profissionais, enquanto pessoas também. A gente vê isso. É... e me preocupa muito quando vem de profissionais que sabem termos técnicos ou que poderiam ter maior respeito, precisariam ter maior respeito com o paciente, com o que ele tá vivenciando, o que tá sentindo (Flora, GF5).

Tendo em vista que a saúde mental não está dissociada dos demais aspectos da saúde, a ABS, por ser a porta de entrada do SUS, tem um lugar estratégico neste cuidado, sendo facilitado o acesso da equipe de saúde às/aos usuárias/os e vice-versa (BRASIL, 2013a). A ABS, sendo referência responsável por organizar toda a rede de saúde, deve abarcar a saúde mental nas suas ações cotidianas e organizar o acesso aos demais níveis de atenção, mantendo-se corresponsável pelo cuidado. (BOING e CREPALDI, 2010). Contudo, como apontam as falas das psicólogas, há desafios encontrados na incidência entre saúde mental e a atenção básica à saúde. Mesmo após a introdução de novos meios de tratar e se pensar a doença mental e o sofrimento psíquico pela Reforma Psiquiátrica e pelo movimento social da Luta Antimanicomial, ainda persiste a naturalização dos diagnósticos e dos modos tradicionais de lidar com os sujeitos e as diferenças nesse contexto (FONSECA; JAEGER, 2015).

Para ser ética e compromissada, a atuação na ABS deve se pautar



no reconhecimento de cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2013b). Porém, muitas vezes, há uma distância entre o tipo de atenção preconizada na PNAB e o que é encontrado efetivamente nos serviços de saúde do SUS.

Uma das dificuldades apontadas pelas/os psicólogas/os no manejo das questões éticas, diz respeito aos encaminhamentos e demandas vindas de outras áreas. O Código de Ética Profissional do Psicólogo, artigo 6º, alínea *a*, (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005) trata da relação da/o psicóloga/o com outras/os profissionais, orientando que, quando as demandas extrapolarem seu campo de atuação, elas deverão ser encaminhadas para profissionais ou entidades qualificadas e habilitadas para lidar com a situação específica. As/Os participantes dos GFs relatam receber muitas destas demandas do Sistema Judiciário:

Eu recebo muita ordem judicial! Que não tem nada a ver comigo [ri]! E eles querem que eu responda. Às vezes, é uma avaliação, por exemplo, de um casal que quer adotar e eu, no meu entender, eu estou dentro da saúde, eu não estou nesse nível. E eles querem que a gente dá um jeito [...]. Porque não colocam mais profissionais... (Lisa, GF1).

É importante que as/os psicólogas/os da saúde saibam manejar essas demandas de forma crítica, atentando-se aos impactos possíveis da resposta a estas. A resolução do CFP nº 008/2010 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010b), que dispõe sobre a atuação da/o psicóloga/o como perita/o e assistente técnica/o no Poder Judiciário, afirma a importância da/o psicóloga/o considerar as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre suas atividades profissionais. Buscar respaldo para a melhor maneira de responder ao Sistema Judiciário por meio do diálogo com a/o gestora/r, do conhecimento da legislação e código de ética profissional, além de contato com CRP em caso de dúvidas,

é uma maneira da/o profissional se resguardar. No caso da/o psicóloga/o da saúde ser convocada/o a responder ao Sistema Judiciário, ela/e pode, caso esteja acompanhando o caso em tela, responder como assistente técnica/o, e caso não o esteja, atuar como perita/o - estando em jogo a parcialidade ou imparcialidade envolvida (CONSELHO FEDERAL PSICOLOGIA, 2005).

Porque quando é um caso que envolve saúde pública, né, o Ministério Público determina um prazo e independente da forma com que [...] a gente vai fazer, ele tem que ser feito naquele prazo. [...] Aí, eles pegaram e falaram com a gente assim: “Olha, então a gente vai precisar do Consultório na Rua de um laudo atestando essa questão [suposto diagnóstico de esquizofrenia de uma paciente]”. Aí, eu olhei pra ela – a minha supervisora [...] –, eu falei assim: “[...] Eu não vou fazer, primeiro porque ela não é esquizofrênica e segundo que a gente começou a atendê-la agora, eu não tenho a menor condição de em um atendimento rotular ela por alguma questão simplesmente pelo fato de que o que eles estão querendo na realidade é interditá-la” (Tina, GF6).

- Em relação às demandas do Ministério Público, no GF7, algumas participantes trouxeram outras questões, como ordens de internação baseadas em relatos da família do paciente, mesmo quando a equipe de saúde considera que há outras formas mais adequadas de tratamento e que a internação não é necessária. Caso o município não cumpra a ordem para a internação, ele é multado. Uma das participantes relata que a estratégia encontrada em seu município foi reunir os equipamentos da rede, como a Secretaria de Saúde, o Cras, Creas, SUAS e Promotoria para acordar um termo de ajustamento de conduta às exigências legais com o Ministério Público. De acordo com as orientações do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), esse termo serve para “impedir a continuidade da situação de ilegalidade, reparar o dano ao direito coletivo e evitar a ação judicial” (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, [ca.2013], s.p.).



Outras demandas feitas para as/os profissionais de Psicologia da área da saúde pela Justiça são a realização de avaliação psicológica e produção de laudos – atividade que se aproxima mais da prática pericial que das ações de saúde propriamente ditas.

A gente atende o que eles encaminham. Mas aí, quando eles começam a pedir laudo, a gente já cortou. Por quê? Isso atrapalha até nosso vínculo com o paciente. [...] A gente cortou (Jane, GF2).

Emanuela: [...] a avaliação psicológica dentro do contexto jurídico é complicada.

[...]

Luan: Eu não faço.

Larissa: Eu também não faço nenhuma avaliação.

[...]

Emanuela: A gente quer saber o respaldo mesmo do Conselho: o quê que a gente pode fazer ou se a gente tem que fazer.

Joaquim: [...] eu já tive algumas dificuldades com relação a isso, eu ligo pra cá [pro CRP-MG], eles orientam. [...] Até na formatação do texto que você tem que mandar e tudo. [...] Porque, assim, tem coisa que você tem que responder, não tem como. [...] Mesmo você respondendo não respondendo nada, fala: “Ó, não tem como avaliar a situação e tatatatá e toma” (GF7).

As demandas de trabalho com finalidade de avaliação pericial divergem dos objetivos do trabalho da/o psicóloga/o na saúde, pública, e os sobrecarregam. Além disso, a própria condição física dos locais de atendimento e o instrumental técnico pertinente às políticas de saúde por vezes são incompatíveis com as demandas recebidas do Judiciário. Tudo isso pode implicar em violação de direitos e perda da qualidade de serviços quando essas demandas da Justiça são encaminhadas para o SUS (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016b). O mais indicado é que as demandas de avaliação pericial fossem encaminhadas às/aos psicólogas/os que atuam no âmbito Judiciário, sempre que possível. Contudo, sabemos que a realidade do Sistema Judiciário é, na maioria das vezes, de escassez de equipe psicossocial.

A Resolução CFP n° 007/2003¹⁷, que institui o manual de elaboração de documentos produzidos pela/o psicóloga/o a partir de avaliação psicológica, entende esta

como o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas – métodos, técnicas e instrumentos. Os resultados das avaliações devem considerar e analisar os condicionantes históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servirem como instrumentos para atuar não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo de avaliação psicológica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003, p. 3).

Ainda de acordo com a Resolução n° CFP 007/2003, há quatro modelos de documentos que podem ser produzidos pela/o psicóloga/o, sendo que o atestado e o relatório/laudo psicológicos são documentos decorrentes da avaliação psicológica, diferentemente da declaração e do parecer psicológico, que se pautam em questões pontuais e objetivas.

17 No dia 01/04/2019, foi publicada a Resolução CFP 006/2019, que estabelece novas regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela/o psicóloga/o no exercício profissional, revogando a Resolução CFP n° 007/2003. A normativa recente apresenta orientações gerais e específicas para a utilização e elaboração de instrumentos de comunicação, de modo a contemplar não somente os documentos resultantes de avaliações psicológicas, estendendo-se a outras modalidades de documento psicológico – tais como o parecer psicológico. Uma alteração importante foi a diferenciação entre laudo e relatório psicológico, sendo que este último se desdobra em relatório psicológico e relatório multiprofissional. Além disso, cabe mencionar a vigência da Resolução CFP n° 009/2018, que trata diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).



Laudo psicológico é um documento que tem como objetivo

apresentar os procedimentos e conclusões gerados pelo processo da avaliação psicológica, relatando sobre o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e evolução do caso, orientação e sugestão de projeto terapêutico, bem como, caso necessário, solicitação de acompanhamento psicológico [...] (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003, p. 7).

As/os psicólogas/os participantes dos GFs relatam que recebem muitos requerimentos de produção de laudos psicológicos do Sistema Judiciário - mesmo sem se sentirem capacitadas/os para atender tais pedidos ou tendo um entendimento de que se trata de uma solicitação de que não comunga com sua função - e, muitas vezes, se sentem obrigadas/os a responder:

[...] igual eu falei, do ofício da justiça que vem que não tem nada a ver com a minha área. Mostra pra mim aonde é que eu respondo pra justiça. Porque se eu responder falando que eu não vou atender esse caso, eu posso ser processada, né? [ri] Então, como é que eu posso me defender de uma coisa que não tá dentro da minha...? Eu vou usar só aquele artigo que fala que não está dentro das minhas competências? Será que só isso vai ser suficiente? Porque tem juiz que não aceita não. Então, assim, como é que a gente pode se defender dessas coisas que estão erradas? (Lisa, GF1).

Eu atuo sabe em quê? Na demanda do Judiciário. [...] No fórum não existe uma psicóloga. Quem que eles vão pedir pra fazer o serviço? “Cumpra-se”, em cinco dias. [...] Eles estão praticamente me pedindo pra ser perita. [...] Eu não tenho capacitação teórica, científica pra tá fazendo um papel... E outra coisa, né, fazer o juiz ou o promotor, seja lá o que for entender qual é o meu lugar. Meu lugar é de cuidado, não é de fiscalização. [...] A promotora, ela queria, por exemplo, que eu descobrisse se o que a adolescente estava dizendo nos autos era verdade ou mentira. [...] O quê que eu fiz? Eu liguei pro Conselho [Regional de Psicologia]. Assim, eu acho que eu fiquei ligando pro Conselho quase uma semana

porque eu entrei em desespero. Porque o promotor pode mandar prender, né? [...] Eu respondi o ofício, dizendo do meu código de ética – do jeito que pediram, né, que me orientaram. [...] E respondi, assim, o que eu podia dentro do que não feria o código de ética [...]. Mas foi um serviço muito difícil de eu executar, muito difícil pra fazer. E continua chegando... [...] A gente deve receber da justiça pelos menos umas três, quatro por semana (Pietra, GF3).

As/os psicólogas/os disseram que recebem, também, pedidos de produção de laudo psicológico que ferem a ética profissional:

Quando eu entrei lá, eles queriam que eu [...] assinasse pra uma moça fazer uma laqueadura sem eu conhecer a moça. [...] E, depois disso, eles queriam vir com um processo administrativo. Eu falei: “Pode vir!”. E eu ia acionar o que era direito meu. [...] Ela era enteada de um vereador e ela tinha 22 anos. E eu não ia colocar meu nome em risco sem nem conhecer. [...] Eu falei: “Não tem problema”. Mostrei meu crachá e falei: “Ó, eu tenho um nome a zelar, um CRP que foi muito difícil. Eu estudei”. [...] Então, assim, a gente passa por muitas questões difíceis. Então tem que ter muito pulso e falar não. [...] Se a gente não pode fazer, é falar que não pode. Eu tento fazer aquilo que é meu (Larissa, GF7).

A gente tem que tomar cuidado. Esses dias veio um paciente pra mim pedindo, que ele vai ser, ele tá em situação de ser condenado por tráfico de drogas e, assim, há oito anos atrás, ele era usuário de droga, de *crack*, na época. Não sei, ele passou pelo serviço de saúde mental. E ele queria um atestado que falasse que ele esteve passando, mas isso assim, uma coisa que vai ser usada no julgamento dele. Só que falei: “Ó, a única coisa que eu posso atestar é que você esteve no serviço”. [...] Aí, fiz uma declaração, só uma declaração. [...] Ele passou pelo serviço como usuário, hoje ele é traficante, né? Então, eu não podia atestar isso. [...] Então, a gente tem que tomar muito cuidado (Eliane, GF4).

Diante de tais situações, é preciso salientar a importância de a/o profissional conhecer os documentos norteadores do seu trabalho, como leis, resoluções, notas técnicas do Sistema Conselhos, entre



outros, para que ela/e possa se respaldar para responder a essas demandas de forma adequada e sem se sentir compelida/o a acatar tais pedidos. Além disso, é importante considerar que não fazer o que a/o usuária/o está solicitando não é deixá-la/lo sem resposta, já que a demanda pode ser trabalhada de outras formas. Como na fala anterior de Eliane (GF4), o cuidado com o sujeito diz da/o profissional fazer o acolhimento e a escuta da demanda e, caso seja necessário, dar informações, negociar ou apresentar outras possibilidades para que a pessoa possa buscar soluções para o que tem demandado. A partir da reflexão sobre a demanda à luz da legislação profissional,

cabe ao psicólogo definir se existe ou não impedimentos éticos (Art. 2o alínea 'k' do Código de Ética Profissional do Psicólogo) e quais os reflexos de sua atuação na demanda judicial para o serviço que rotineiramente exerce; [...] Em eventuais respostas que se dirijam ao Poder Judiciário, é preciso se posicionar a partir de técnicas e métodos reconhecidos pela ciência psicológica, assim como, de acordo com as legislações; Deve negar-se a responder demandas para às quais não está qualificado, ou que não são passíveis de respostas científicas, ou que a ética profissional o proíbe, mas que nesses casos deve esclarecer fundamentando sua resposta e orientando a quem fez a solicitação (Art. 1º, alínea 'b', do Código de Ética Profissional do Psicólogo) - (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Saulo (GF2) relata uma iniciativa de um juiz que ele aponta como uma prática a ser ampliada para resolver a questão das demandas da Justiça para profissionais de outras áreas, que muitas vezes se tornam inadequadas e fogem do escopo da ética profissional:

Saulo: Tem um município do estado de São Paulo, que eu não vou me recordar qual é, quê que o juiz fez? Ele sempre precisa de um laudo, de uma avaliação psicológica. Ele abriu um edital. Ele chamou os psicólogos, quem tem interesse, em trabalhar e prestar serviço pro Fórum e aí ele fez uma lista. Na época, eu acho que foram quatro psicólogos que se interessaram. E aí ele... não sei

como que ele organizava o pagamento desses profissionais – se era via Estado, se era da própria comarca – mas ele pagava os atendimentos. E, a cada caso, era distribuído. Ele achava injusto só o advogado receber os honorários. Porque se o juiz nomeia um advogado, ele tem direito a receber os honorários. Por que não os outros profissionais também? Mas isso foi dentro da comarca dele. Ele teve essa visão, que poderia ser também ampliada, né? Obviamente que o Judiciário tem lá os seus entraves, mas foi uma forma muito...

[Não identificada/o]: Justa?

Saulo: Justa, né, de não fazer assim, ó: “Ah, vá lá no psicólogo da prefeitura ou vá lá no psicólogo do NASF, né?” (GF2).

O juiz em tela parece ter encontrado uma saída para um dilema ético que, provavelmente, o afeta. Ele leva em consideração o interesse da/o profissional em realizar trabalhos para a justiça e, além disto, remunera esta/e pelo serviço prestado. São dois itens de muita relevância que são observados e que se não representa uma solução para este ponto tão delicado da prática profissional, que é a prestação de serviços à justiça, significa, pelo menos, uma tentativa de apaziguamento.

Podemos perceber que em sua atuação na ABS as/os psicólogas/os têm se deparado com algumas questões éticas que, não raro, relacionam-se a condições inadequadas de trabalho e/ou despreparo – por vezes é possível falar de uma conduta antiética – da/o gestor. Lidar com essas situações exige um posicionamento firme, respaldado no código de ética profissional e noutras resoluções e documentos norteadores para a profissão, mas também certo manejo para evitar embates que podem trazer prejuízo para a/o própria/o psicóloga/o.



9. PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

Tomar parte no processo de construção e consolidação da política de saúde, por meio da participação nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde, não foi tema que suscitasse grandes discussões nos grupos. Devemos observar que este item surge espontaneamente na pesquisa, a partir da categorização de seus elementos, não tendo sido pautado para fazer parte do roteiro dos grupos focais. Assim, ele aparece em apenas três dos sete GFs (GF1, GF2 e GF5).

A participação social é um dos pilares dos processos democráticos e, na saúde, o controle social democrático do SUS se dá por meio da participação nas Conferências e nos Conselhos de Saúde. A Conferência de Saúde é o fórum, que acontece a cada quatro anos, que reúne todos os segmentos representativos da sociedade: os governos, as/os trabalhadoras/es e as/os usuárias/os do sistema público de saúde. É um espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde, realizado pelas esferas municipal, estadual e federal (BRASIL, 2013c).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem as políticas de saúde. Por meio destes, a sociedade participa da gestão pública da saúde. Eles fazem parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Representantes do governo, usuárias/os, profissionais de saúde e prestadoras/es de serviços de saúde compõem estes colegiados. De acordo com a Lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990b) e a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012c), o número de usuárias/os deve ser paritário com os demais segmentos, ou seja, 50% das/os integrantes dos Conselhos têm que ser usuárias/os, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestoras/es e prestadoras/es de serviço (BRASIL, 2013c). Isso reforça o caráter democrático desta instância e a importância da participação política.

Na pesquisa, vemos que, de modo geral, as/os psicólogas/os, apesar de reconhecerem estes espaços como relevantes para a participação democrática direta, destacaram que a participação da categoria nestes poderia ser maior: “A participação foi muito pequena na Conferência.” (Tales, GF1). Tales destacou que as/os colegas colocaram empecilhos para a participação, inclusive, de ser a atividade realizada fora do horário de trabalho:

Nós tivemos Conferência Municipal de Saúde agora essa semana. Eu fiquei até triste. [...] O pessoal do NASF mesmo: [...] “Ah, não! Fora do horário não. Se fosse no horário de trabalho, até que eu iria. Fora do horário de serviço, o quê que vai ganhar? Vai ganhar um dia, vai ganhar meio-dia?” [risos] (Tales, GF1).

Naiara (GF5), por sua vez, se mostrou desestimulada em sua tentativa de participar do Conselho de Saúde de seu município por considerar ter havido um descompasso entre seu investimento pessoal e os avanços na execução da política:

Os avanços não são... Eu, por exemplo, desisti porque eu ficava até 10h30 da noite sem ganhar nada, 11h, e a coisa não caminhava, não se decidia. [...] uma enrolação e eu me senti desgastada! Poxa! Eu trabalhava até 5h da tarde, depois ia às 7h para as reuniões do Conselho [Municipal de Saúde]. Aí falei com o presidente: “Eu vou sair. Eu vou sair porque eu não suporto mais! Isso está pra mim... eu estou exaurida! Eu gostaria de participar realmente pra uma construção democrática da questão do serviço” (Naiara, GF5).

Uma autocrítica em relação a certa inércia neste sentido foi feita por algumas/ns participantes:

A gente fica muito na queixa e, quando a gente tem esses espaços pra colocar, né, fica muito esvaziado. [...] É, eu acho que a gente, eu pelo menos, peço muito nisso. É uma coisa que eu acho que eu preciso melhorar. Que a gente também pode fortalecer isso nas pessoas que a gente atende, né? Pra ser mais participativo, parti-



cipar, reivindicar. Eu tô aprendendo a fazer isso. Eu considero que tô até melhorando, mas tem que melhorar mais (Aurélia, GF1).

As/Os psicólogas/os que participaram de alguma forma, destacam a importância:

Eu tive um momento, tive uma hora na Conferência pra fazer uma palestra sobre saúde mental. [...] Nessa Conferência, o prefeito estava presente, a população tava presente, todos os 20 pacientes do CAPS estavam lá junto comigo na mesa da frente – porque eu convidei e, por mim, eles foram. Eu gravei depoimento de todos esses pacientes. [...] Eu mostrei a importância de ter saúde mental no município. Aí, é onde eu acho que a gente tem que saber aproveitar as oportunidades pra conseguir as coisas. Depois dessa Conferência, já foi contratada a professora de educação física pra trabalhar com a gente na área da saúde. Foram contratados dois oficinairos (Rebeca, GF5).

Eu vi acontecer. Eu não acreditava muito não, mas eu participei de três. O CAPSi, que foi o último CAPS que surgiu na minha cidade, foi um pedido surgido na Conferência, entendeu? Na primeira, passou, não conseguiu; na segun... na terceira, eles conseguiram. Então, quer dizer que dá certo. A gente pensa que não, né? (Augusto, GF2).

Já o psicólogo Tobias (GF1) destacou a participação nas reuniões do colegiado com otimismo. O colegiado ao qual o psicólogo se refere é formado em sua própria unidade de serviço e, portanto, é diferente das instâncias de controle social, porém não deixando de se configurar como um espaço potente de discussão.

Na minha unidade, lá em [município], a gente tem um colegiado. Eu participo do colegiado e eu sempre tô pedindo a participação do conselho local nas reuniões do colegiado. [...] eu acho que é um instrumento importante dentro das unidades e a gente bate o pé lá: “Tem que ter reunião!”.

As/Os psicólogas/os reconhecem que têm o papel de difundir estas informações às/aos usuárias/os no sentido de mobilizá-las/los para participar dos processos democráticos de construção das políticas de saúde. “Antes de ser uma profissional, eu sou uma cidadã” – responde Rebeca (GF5) à pergunta da pesquisadora sobre o entendimento do grupo de que se isto seria um dos componentes da atuação das/os psicólogas/os, obtendo a concordância dos demais.

Às vezes, [a/o usuária/o] não sabe participar pela falta de conhecimento, de informação. Aí, é onde eu acho que a gente entra também pra informar essas pessoas dos direitos que elas têm. Eu convidei “n” pessoas pra Conferência municipal de saúde. “N” pessoas! (Rebeca, GF5).

Apesar deste reconhecimento, elas/es destacam que o processo precisaria ser mais democrático para atingir a população:

Teve conferência municipal há pouco tempo e também foi essa a realidade da população: não comparecer. Mas eu questiono isso em relação ao nosso papel, ao papel do profissional de saúde em relação a passar esse conhecimento pra população. Porque a gente sabe que todo mundo, todo cidadão, tem que conhecer as leis, é obrigação do cidadão. Mas, na verdade, a gente sabe que não é bem assim. [...] De repente, falta dos próprios profissionais de saúde explicar ou fazer uma propaganda maior em relação à Conferência, o quê que é, ser mais palpável. Porque a Conferência em si, que aconteceu na minha cidade, foi de uma fala tão técnica que, se a população tivesse lá, não ia entender metade do que foi falado. Eles falaram dos princípios do SUS de uma forma muito técnica, né? O foco lá no município foi a judicialização do SUS. A própria palavra judicialização, pra uma pessoa leiga que chega lá numa conferência de saúde e não sabe nem como funciona uma conferência, né? (Amélia, GF2).

Neste ponto, poderíamos adentrar numa discussão muito mais ampla, que tem sido empreendida no campo linguístico, sobre o po-



der de segregação social advindo dos usos da linguagem que, muitas vezes, podem se tornar uma poderosa ferramenta de exclusão.

Além disso, como aponta Stotz (2006, p. 152-153), as conferências de saúde falham em se legitimar como instâncias populares sobretudo por sua configuração verticalizada:

O ponto de partida das conferências não tem sido a mobilização popular identificar e debater as condições de vida e de trabalho enquanto forma inicial de avaliar a situação de saúde das populações e de desencadear a reflexão acerca das prioridades para o planejamento da saúde. E, sim, o credenciamento das organizações populares para participar da conferência com direito à indicação de delegados. [...] a “agenda” (questões e temário) a ser debatida, tem sido encaminhada de cima para baixo, a partir do Estado em direção aos representantes dos usuários.

À parte desta dificuldade, elas/es destacam uma falta de comprometimento por parte da população com um projeto coletivo para a sociedade. Estamos vivendo um tempo de exacerbação do individualismo e isto se reflete, inclusive, nas práticas sociais:

Rita: Há pouco tempo nós fechamos a UTI, o neonatal [...] deu um caos danado aqui. Agora, foi fechada a UTI adulta! Então, assim, e o quê que acontece? Aí a população, ela reivindica as coisas, elas vão lá no ministério público. É só isso que eles sabem fazer: vão no ministério público, o ministério determina que sejam arremadas vagas na UTI [...]. Então, a única coisa que a população sabe fazer...

Naiara: É isso.

Rita: ...é isso! Ou então chama um programa sensacionalista aí e faz todo um escândalo, passa lá na televisão o que aconteceu.

[falas misturadas]

[Não identificada/o]: Ou divulga no Facebook.

Naiara: É só mídia e jurídico.

Rita: É.

Naiara: Mídia e jurídico.

Carla: Isso é algo que eu percebo lá também. [...] Eu percebo um

envolvimento [...] muito grande da população, nem que seja no sentido, assim, de benefício próprio. De não sai o atendimento dela, ela vai lá e fala com o secretário, ela fala com não sei quem, ela procura o promotor. [...] Isso eu acho que é algo até interessante lá, mas acho que ainda falta um pouco desse engajamento no sentido coletivo, né? [...] Porque, na verdade, o que eu quero é que saia o medicamento, mas porque eu preciso, né? Não essa coisa do coletivo mesmo (Carla, GF5).

Sawaia (2002) nos conta que, a partir de 1980, o entendimento acerca da participação social sofre transformações significativas. A participação torna-se um aspecto mais subjetivo que estrutural, ligando-se à individualidade e à afetividade. Antes, havia uma preocupação com a liberdade e a igualdade como valores éticos, agora busca-se a autonomia, emancipação e diversidade. Se o espaço e o tempo da participação estavam estritamente demarcados – espaço público e tempo necessário para a realização das atividades planejadas –, nessa nova perspectiva de participação, derrubam-se as fronteiras entre público e privado e o tempo de ação é o cotidiano. “Essas mudanças são positivas na medida em que superam a dicotomia entre razão e emoção, entre público e privado e o reducionismo estrutural, que vê a participação como algo fora do sujeito” (SAWAIA, 2002, p.118). No entanto, esta nova perspectiva, quando capturada pela lógica de instrumentalização da subjetividade presente no capitalismo e que relaciona-se ao individualismo, acarreta em dois posicionamentos preocupantes:

1) dogmatismo subjetivista que nega qualquer outra dimensão da participação, levando as pessoas a se desinteressarem pela política, ao mesmo tempo em que se voltam para grupos fundamentalistas e terapias de auto-ajuda e de 2) solipsismo individualista que reduz a participação a uma ação de foro íntimo, contrapondo-a ao coletivo, como se o interior de cada um fosse o reduto exclusivo de exercício da liberdade, da justiça e da felicidade (SAWAIA, 2002, p.118).



Esses posicionamentos exemplificam-se nas narrativas dos participantes desta pesquisa acerca da inserção das/os usuárias/os nas instâncias de controle social, mas também na desmotivação das/os próprias/os profissionais em ocupar esses espaços, refletindo um descaso por questões políticas e a ênfase em motivações individuais em detrimento de interesses coletivos.

Ademais, não podemos desconsiderar que o acesso à mídia e ao jurídico representa uma das formas que a população encontra para reivindicar seus direitos e, portanto, não pode ser desprezado, já que significa um movimento por parte dessa. Contudo, fortalecer a participação política nas instâncias de controle social pode causar um efeito mais amplo e perene. Sendo assim, precisamos enfocar a importância deste engajamento.

Há muitas questões a serem sanadas, ações incrementadas e entraves superados para atingirmos um grau desejável de participação democrática. Desde a falta de compreensão por parte da população, a falta de interesse e/ou de incentivo e as dificuldades para a participação das/os profissionais, até os impasses linguísticos: tudo isso corrobora para que tenhamos, ainda, um processo democrático insuficiente para a construção social da política de saúde.

As Conferências e Conselhos de Saúde são espaços de conflitos de interesses diversos, mas também de possibilidade de exercício da cidadania e do controle social para contribuir para a gestão democrática do SUS (OLIVEIRA, 2007). Sendo assim, a participação nessas instâncias por parte das/os psicólogas/os, o incentivo da participação das/os usuárias/os e o conhecimento das legislações e marcos legais são importantes potências para o contínuo desenvolvimento da política e para a garantia de direitos à saúde da população, devendo ser incentivadas, debatidas e incluídas no cotidiano dos serviços.



10. ATUAÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL E MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Neste tópico, falaremos da atuação das psicólogas participantes da pesquisa que estão lotadas na ABS dentro do Sistema Prisional e nas medidas socioeducativas por entendermos que há particularidades deste contexto que nos levam a visualizar a importância e a necessidade de tratarmos do assunto separadamente. Tais particularidades dizem respeito à discordância existente entre as práticas preconizadas pelo Ministério da Justiça e da Segurança Pública e as orientações e diretrizes do cuidado em saúde. Este cenário produz atravessamentos específicos na atuação das/os profissionais, entre eles: a atuação como psicóloga perita; a participação em Comissão Técnica de Classificação (CTC); e condições de trabalho específicas. Ressaltamos que as análises dos dados dessas atuações – ABS no Sistema Prisional e nas medidas socioeducativas – se encontram juntas nesse tópico apenas pela particularidade de ambas em relação ao restante da pesquisa, pois entendemos que o trabalho nestes contextos se distancia pelos seus objetivos e pressupostos ideológicos.

Das/os 64 participantes dos grupos focais, três atuam no Sistema Prisional – Juliana (GF4), Rubi (GF1) e Raíssa (GF5) – e uma em medidas socioeducativas – Denise (GF1). Elas são contratadas pela Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS¹⁸) para o cargo de analista executiva de defesa social e registradas como psicólogas da ABS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2015, conforme listagem fornecida pelo Núcleo de Disseminação de

18 A Lei Estadual nº 22.257, de 27 de julho de 2016 (MINAS GERAIS, 2016), estabelecida após a realização da presente pesquisa, extingue a SEDS e transfere as atribuições dessa secretaria para outras três: a Secretaria de Estado de Segurança Pública (Sesp), a Secretaria de Estado de Administração Prisional (Seap) e a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social (Sedese).

Informações em Saúde do Ministério da Saúde. Em relação à atuação, apenas Juliana (GF4) e Raíssa (GF5) afirmam que atuam em unidades básicas de saúde dentro do Sistema Prisional; Rubi (GF1) identifica-se como psicóloga perita e Denise (GF1) como psicóloga em unidade de internação para cumprimento de medida socioeducativa.

Desde a Lei de Execução Penal (LEP), há a previsão de que a pessoa presa tenha assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. (BRASIL, 2008b). Após a LEP, a CR/88 (BRASIL, 1988) e a Lei nº 8080/90, que institui o SUS (BRASIL, 1990a), aparecem como dois marcos legais importantes para a garantia do direito à saúde a pessoas privadas de liberdade.

A Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, afirma a necessidade de que as ações e os serviços de saúde do sistema prisional façam parte da organização do SUS. A portaria aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que coloca a assistência para a população penitenciária dentro da lógica da ABS, considerando as especificidades desse contexto, marcado muitas vezes por condições precárias. Para que isso aconteça, a intersetorialidade entre saúde e segurança pública torna-se imprescindível (BRASIL, 2010b).

Reafirmando a assistência à saúde a pessoas privadas de liberdade dentro da atenção básica e ampliando as ações do PNSSP, a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que estabelece os serviços de saúde no Sistema Prisional como integrantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS e a Atenção Básica no âmbito prisional – composta por equipes de Atenção Básica Prisional (eABp) – como porta de entrada do SUS e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede (BRASIL, 2014a). A PNAISP tem um diferencial em relação ao PNSSP, pois abrange também a população carcerária, que inclui as pessoas recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais, presas/



os em regime aberto e presas/os provisórias/os, enquanto o Plano cobria apenas a população penitenciária, ou seja, as pessoas julgadas e condenadas, cumprindo pena em regime fechado nos estabelecimentos penais (BARSAGLINI, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) também busca a garantia e ampliação do acesso aos cuidados em saúde das/os adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas com a previsão da organização desses cuidados na estrutura da RAS e do SUS a partir da Atenção Básica, da Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2014b).

A partir dos dados obtidos pelo CNES e do que estabelece a PNAISP e a PNAISARI, optamos por convidar as/os psicólogas/os do Sistema Prisional e das medidas socioeducativas para participar da pesquisa. No entanto, na análise dos dados dos GFs, surgem questões específicas da atuação nesse campo, já que, como citado anteriormente, essas psicólogas participantes da pesquisa não são contratadas para o cargo de psicóloga/o e, mesmo sendo registradas no CNES como profissionais da área da saúde, apresentam práticas diversas que, muitas vezes, se distanciam do trabalho na ABS, como atuação em perícias e participação na CTC.

A dificuldade em desenvolver um trabalho de assistência à saúde no Sistema Prisional perpassa o próprio desafio de formulação e implantação da PNAISP. A necessidade de intersectorialidade entre segurança pública e saúde, a insalubridade e superlotação das unidades prisionais e a própria privação de direitos das pessoas privadas de liberdade são fatores de embaraço nesse processo, que acabam fazendo com que a assistência à saúde não funcione na lógica da ABS nas prisões (SILVA, 2015 *apud* BARSAGLINI, 2016).

Se formos comparar as atuações nos diferentes contextos, podemos perceber a existência de alguns pontos semelhantes no trabalho

das psicólogas atuantes no Sistema Prisional e as das/os demais participantes da pesquisa. No tocante às questões éticas, por exemplo, podemos perceber similaridades nas queixas sobre o local de atendimento inadequado e a dificuldade na preservação do sigilo, por exemplo. Outras, porém, possuem especificidades relacionadas ao contexto. No Sistema Prisional, estes temas são atravessados por outros mais complexos, como a presença das/os agentes penitenciárias/os nos atendimentos, a falta de uma sala específica para o serviço de Psicologia e o estigma existente acerca da pessoa em privação de liberdade.

As psicólogas relatam a dificuldade em desenvolver trabalhos que consideram ser da área da saúde, pois há diversas demandas que vão no sentido oposto, perpassando questões institucionais e da ética profissional:

Mas é muito complicado. A gente tem essa questão institucional também. O meu diretor é agente penitenciário, então ele tem essa visão punitiva, né? [...] eles acham que saúde, essa questão ofertando cuidado é benefício pro preso, né? [...] E aí acontece até esse boicote. Às vezes, a gente tem a vontade de desenvolver sim alguma coisa, a gente se dispõe sim a ficar com 15 presos numa cela... numa sala fechada, né? Só porque tem essa questão também da instituição, que veda esse tipo de trabalho da gente. Então, assim, às vezes a pessoa tá precisando do atendimento: “Ah, fulano falou que vai se matar”. “Ah, não. Então deixa. É menos um”, né? E aí? A responsabilidade é de quem, né? É desse profissional que tava acompanhando ele? Então, a gente tem essa dificuldade (Raíssa, GF5).

O Conselho [Conselho Federal de Psicologia] recentemente revogou uma decisão de que os psicólogos do Sistema Prisional não poderiam participar do Conselho de Disciplina. Aí, agora, a gente pode participar. Então, é bastante complicado [...] a gente não participativa do Conselho de Disciplina por uma questão de vínculo, né? Às vezes, aquele paciente, ele vinha, ele contava o que realmente aconteceu e aí ele passava por esse Conselho de Disciplina e ‘pegava o castigo’ – na linguagem deles, né? Agora, a gente participa do Conselho de Disciplina. Então, às vezes, eles



pegam o castigo e ficam: “Poxa! Mas eu confiei nela. Eu contei o quê que aconteceu e, mesmo assim, eu fui punido? Eu não vou mais falar com essa psicóloga!”. [...] Então, assim, como é que fica esse relacionamento nosso? (Raissa, GF5).

A resolução citada pela psicóloga é a Resolução CFP nº 012/2011, que regulamenta o trabalho da Psicologia no Sistema Prisional, vedando a elaboração de exame criminológico pela/o psicóloga/o que atua como profissional de referência para o acompanhamento da pessoa presa. A referida resolução diz que o trabalho deve ser orientado para a atenção integral à saúde da/o presa/o, o fortalecimento de dispositivos que estimulem a autonomia, a individualidade e a promoção de recursos de sociabilidade por meio de ações intersetoriais, sendo vedado à/ao psicóloga/o participar de procedimentos que envolvam práticas de caráter punitivo e disciplinar (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Por meio de uma ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal (MPF), em abril de 2015, a Resolução CFP nº 12/2011 foi suspensa. Contudo, a despeito de sua suspensão, é importante observarmos o Código de Ética Profissional do Psicólogo, em seu artigo 2º, alínea k (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005), que veda à/ao psicóloga/o ser perita/o, avaliadora/or ou parecerista nos casos em que os vínculos profissionais ou pessoais possam interferir na qualidade do trabalho ou na fidelidade dos resultados da avaliação.

Retomando o ponto das dificuldades em desenvolver trabalhos voltados à saúde no contexto do Sistema Prisional, Rubi (GF1) relata que, devido à grande quantidade de pessoas a serem atendidas em um presídio no qual ela trabalhou anteriormente, a estratégia de atuação mais viável foi encontrada na realização de trabalhos em grupo de temáticas específicas, como dependência química, por exemplo. Para ofertá-los, buscava parcerias com a comunidade.

Já Juliana (GF4), na contramão do que relata Rubi (GF1), diz ter sua atuação focada, especificamente, no atendimento às/aos

presas/os com sofrimento mental, o qual ela nomeia como atendimento clínico:

O quê que a gente prioriza na penitenciária de [Município]? A gente prioriza o atendimento clínico mesmo dos pacientes em crise porque lá a gente tem esquizofrênico, a gente tem paciente com o tal do transtorno de humor, a gente tem isso lá, né? Então, a gente dá prioridade pra esse tipo de atendimento. Esses, a gente consegue ver numa frequência mensal ou quinzenal, entendeu? Semanal, eu nunca consegui ver ninguém assim, por causa dessa questão da movimentação que é uma particularidade muito da penitenciária (Juliana, GF4).

A PNAISP prevê a atenção integral à saúde da/o presa/o, o que inclui a saúde mental, além de existir legislações específicas sobre isso. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS nº 94/2014 (BRASIL, 2014d, p. 37), “institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” que tem por objetivo apoiar as ações e serviços no que tange a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a pessoa com sofrimento mental. Contudo, a realidade das prisões torna frágil a oferta desse serviço, pois os recursos humanos e financeiros são escassos e, como apontam os dados da pesquisa, a mínima garantia de atendimento à saúde já é dificultada por esses fatores. A tentativa das psicólogas em focar o trabalho nas/os pacientes com sofrimento mental pode dizer da urgência desses atendimentos quando essas pessoas estão em crise e da necessidade de acompanhamento mais forçosa que esses casos podem apresentar diante da falta de serviços específicos e do apoio da rede de saúde. Se houvesse maior conexão entre as redes, talvez as/os psicólogas/os que atuam na saúde dentro dos sistemas prisionais pudessem se ocupar de outras atividades – que fossem além do atendimento clínico – e, com isso, conseguir atender a um número mais expressivo de pessoas em privação de liberdade.



A dificuldade de estabelecer um trabalho conectado à rede de saúde no Sistema Prisional é evidente na fala das psicólogas: “Vocês falaram que a rede é furada, a minha já não existe” (Raíssa, GF5). Como uma das justificativas para esse fato, a psicóloga diz que os serviços da rede, muitas vezes, consideram a/o presa/o apenas como pertencente ao Sistema Prisional e não como alguém do território a ser atendido: “E, esse preso de [Município], ele vira preso da penitenciária, sujeito da penitenciária muito exclusivamente como se ele nunca mais fosse sair” (Juliana, GF4).

É preciso considerar que, diante dessas dificuldades, há a necessidade dessas/es profissionais conhecerem e se aproximarem dos dispositivos de saúde existentes nos territórios onde estão localizadas as instituições, contribuindo para a construção de fluxo de um trabalho em rede e a desconstrução dos estigmas relacionados às pessoas privadas de liberdade. Contudo, uma das dificuldades apontadas por uma das psicólogas diz respeito exatamente ao desconhecimento do que seria a função da/o psicóloga no Sistema Prisional e, consequentemente, quais seriam as atividades a serem desenvolvidas enquanto tal. Quanto a isso, o documento Referências técnicas para a atuação da/o psicóloga/o no sistema prisional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012b) diz que não há um consenso dentre as/os profissionais de Psicologia sobre quais seriam as funções das/os psicólogas/os nesse contexto, mas aponta para aquilo que se aproxima mais do trabalho a ser desenvolvido e para aquilo que é inadequado em tal conjuntura. Além da falta de consenso entre a categoria, existem divergências entre as expectativas da sociedade e da população carcerária em relação à atuação da Psicologia. Dessa forma há, historicamente, um direcionamento das

[...] ações dos psicólogos que atuam no sistema prisional, salvo exceções, aos mandatos descritos nos códigos e normativas legais, bem como às demandas oriundas de interpretações legais realizadas por operadores jurídicos, especialmente por promotores

públicos e juízes de execução penal (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012b, p. 67).

Uma das psicólogas, inclusive, relata que acredita não abarcar a função de uma psicóloga da saúde no Sistema Prisional em sua atuação. Ela avalia criticamente sua prática, pois a percebe focada na avaliação e reavaliação, ou seja, na função pericial – sendo esse um relato comum a todas as participantes que atuam no Sistema Prisional.

Mas lá eu não sou assim nada de psicóloga, nada, nada, nada. Assim, a gente ainda tá muito caminhando. Porque lá eu não faço nenhum trabalho preventivo, nenhum trabalho de acolhimento, nenhum trabalho de nada assim. Eu faço avaliação e reavaliação e alguns acompanhamentos que eu consigo assim (Juliana, GF4).

Esgotando-se os temas relacionados a esta categoria e chegando-se à conclusão deste capítulo, podemos perceber que as psicólogas que atuam no contexto prisional, apesar de serem profissionais da saúde, possuem uma atuação muito diferenciada das demais que atuam na ABS devido às suas inserções específicas. Apesar da participação de uma psicóloga atuante nas medidas socioeducativas, os dados são escassos e pouco nos permitem dizer sobre essa atuação relacionada à saúde. Por fim, por mais que façam uma reflexão crítica de suas práticas, as psicólogas acabam, por vezes, sendo tragadas pelo sistema, que as limitam em seu fazer – seja por restrição de recursos, questões ideológicas ou outras que se interpõem. Isto faz com que as/os profissionais, mais uma vez, tenham que estabelecer uma prática reflexiva sobre o seu papel nesse contexto, considerando os atravessamentos éticos, políticos e sociais do seu trabalho.



11. CONSIDERAÇÕES

S seja na atuação profissional nos NASFs, UBSs, eCRs ou Equipes de Atenção Domiciliar, localizamos neste estudo realizado em 2015, mais de 1.600 psicólogas/os atuando na ABS em Minas Gerais. A Psicologia, portanto, tem se consolidado como profissão presente nesse nível de atenção à saúde no estado. Em contrapartida, essa inserção não está isenta de questionamentos acerca do papel da/o psicóloga/o e de atravessamentos advindos de especificidades da PNAB e da implementação dessa política. Acreditamos que a presente pesquisa permite vislumbrar esse cenário, identificando potencialidades e desafios.

A prevalência do atendimento nos moldes da clínica tradicional, tão criticada pela literatura, começa a ser questionada no campo de atuação. Várias/os psicólogas/os demonstraram preocupação em desenvolver um trabalho não restrito a esta prática. A atuação clínica ainda prevalece sobre outras formas de intervenção, sendo hegemônica nas/os profissionais das UBS, porém menos intensa nos NASF e nas eCR. Podemos dizer, também, que essas duas modalidades de inserção constituem iniciativas inovadoras, promovidas pelo Ministério da Saúde, em relação ao atendimento convencional oferecido na saúde. Por essa razão, entendemos ser importante explorarmos, em outra oportunidade, o que tem acontecido nesses espaços, mediante estratégias investigativas focalizadas.

De modo geral, as/os profissionais dos GFs reconhecem a dimensão plural do trabalho, essencial ao cuidado integral, o que se reflete em menos adesão a uma identidade clínico-centrada. Isso se reflete também no uso instrumental das teorias, deixando de lado o uso identitário mais tradicional que as/os profissionais adotavam.

A interação da equipe multiprofissional, ponto indispensável para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado, tem sido preconizada pelas/os participantes da pesquisa e pelas equipes que integram.

Percebe-se que, entre outros aspectos, a existência de um canal de comunicação – que passa por conversas informais até reuniões institucionalizadas – permite que as decisões tomadas sobre o andamento dos casos sejam pactuadas e corresponsabilizadas por todas/os. Felizmente, em nossa pesquisa identificamos que, para a maioria das equipes da ABS, as reuniões têm uma relevância reconhecida e já parecem fazer parte do cotidiano de trabalho.

A priori, condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho e a legitimação pelo gestor de mecanismos e espaços de interlocução devem ser garantidas para que seja possível a atuação integrada. Porém, há também que se considerar uma questão que é particularmente enfatizada pelas/os participantes da pesquisa: a responsabilidade das/os profissionais. O tipo de comprometimento que esta/e tem com seu trabalho relaciona-se diretamente com a forma como irá se articular com o restante da equipe.

O comprometimento com a integração da equipe precisa ser pensado, todavia, não apenas como um aspecto individual, mas também a partir de uma perspectiva mais ampla. É nesse sentido que precisamos analisar os fatores que levam a relação com as/os médicas/os na ABS a ser, quase que por regra, conflituosa. A hegemonia do poder técnico e político dessas/es profissionais é mantida por uma dinâmica médico-centrada que, apesar de ser contrária à lógica da atenção integral à saúde prescrita pela PNAB, permanece no cotidiano dos equipamentos de saúde.

Em contrapartida, a relação com as/os ACS destaca-se positivamente. Percebe-se que, mesmo que haja questões no trabalho das/os ACS com as quais as/os participantes se preocupam, estas são vistas como obstáculos superáveis quando a eSF se organiza para dar às agentes o apoio necessário e influenciar nos processos de educação em saúde. Por fazerem parte da comunidade, as/os ACS têm grande potencial para mediar a relação desta com a equipe de saúde, possuindo um papel estratégico dentro da política de



saúde. Assegurar uma formação adequada a elas/os pode contribuir para que este modo específico de interação com as/os usuárias/os do serviço esteja de acordo com aspectos éticos envolvidos em seu trabalho.

Sobre o lugar que ocupam na equipe, as/os psicólogas/os ressaltam a correspondência direta que é feita entre elas/es e a assistência à saúde da/o portadora/or de sofrimento mental. Esta associação marca uma contribuição historicamente importante da profissão, mas pode se apresentar como problemática quando acarreta a desresponsabilização das/os demais profissionais quanto ao tratamento da questão. Também podemos apontar para a expectativa de atuação exclusivamente ambulatorial que, contudo, pode ser contornada quando a/o psicóloga/o consegue demonstrar, por meio do próprio trabalho, que existem outras possibilidades de se inserir nos serviços da ABS. No entanto, a pesquisa nos mostra que superar essas questões não se trata de um processo simples, tendo visto que o desconhecimento das possibilidades do fazer da Psicologia, pela equipe e por gestores, geralmente, advém de outro problema, mais grave: o desconhecimento quanto aos preceitos e princípios da própria PNAB que colocam a Psicologia de forma ampla e integrada nesta política.

Outro importante aspecto para a garantia da atenção integral ao usuário é o trabalho em rede. Evidencia-se, entretanto, que o predomínio da lógica de encaminhamento aliada à ideia de especialização tem corroborado para a fragmentação da rede e à burocratização do acesso. A articulação de rede tende a ser mais difícil em cidades de pequeno porte, devido à pouca diversidade de equipamentos e serviços, mas, de modo geral, também enfrenta entres relacionados à dificuldade de articulação e comunicação para o compartilhamento das responsabilidades sobre os casos, à gestão, à ausência de autonomia das/os profissionais e a expectativas e demandas equivocadas.

O apoio matricial emerge como forma de se enfrentar a referida lógica de encaminhamento e de especialização, efetivando a responsabilização. Ainda, corrobora para a organização do fluxo da rede a adoção de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, a exemplo de reuniões com participação de diferentes serviços e protocolos de atenção. Embora não sejam suficientes, essas estratégias têm permitido enfrentar o grande desafio de garantir o compartilhamento da responsabilidade, a atenção integral e mesmo o acesso, a partir da ABS, aos demais pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade, conforme preconiza a PNAB.

Em sua avaliação sobre a implementação da política, os participantes/os enfatizam aspectos negativos e problemáticos, explicitando desafios com os quais se deparam em sua prática cotidiana. Também solicitam normativas mais prescritivas referentes ao trabalho, necessidade decorrente da percepção dos participantes de que as/os gestoras/os têm pouco conhecimento acerca da política e das funções da/o psicóloga/o na ABS. Entretanto, em algumas críticas enunciadas, mesmo as/os profissionais denotam uma reflexão ainda dissonante dos princípios e diretrizes da ABS ao reforçarem a existência de uma dicotomia entre tratamento e promoção/prevenção, enfatizando este último aspecto.

Concomitante a isso, identifica-se um baixo comprometimento das gestões municipais com a formação em saúde para seus quadros: 46,1% das/os psicólogas/os que responderam o questionário indicaram a falta de investimento na capacitação das/os profissionais como um desafio enfrentado na atuação na ABS. Apesar das demandas de oferta e fomento à capacitação direcionadas à gestão, as discussões nos GFs demonstram a percepção de que o engajamento no trabalho pressupõe, também, o investimento da/o própria/o profissional em sua formação.

As condições e as relações de trabalho são temas bastante polêmicos, que provocaram a categoria de modo intenso. Ficou eviden-



te que a falta de recursos é uma realidade às/aos psicólogas/os da ABS, incidindo na falta de materiais de trabalho, na impossibilidade de contratação – gerando sobrecarga para os que estão no serviço –, além de contribuir para a precarização dos vínculos de trabalho, pois opta-se por contratar profissionais com vínculos precários ao invés de efetivos. Em contrapartida, neste cenário, em que grande parte das/os profissionais atua em regime de contratação temporária e, logo, sente-se pouco apta a reivindicar melhores condições de trabalho, destaca-se o comprometimento da/o psicóloga/o com seu trabalho que, procurando garantir o atendimento das/os usuáries, vale-se de inventividade, busca autônoma de soluções e investimento de recursos próprios, como a compra de materiais de consumo específicos para o trabalho.

A questão da remuneração é uma das que mais geram inquietação no GFs. As/Os psicólogas/os relacionam a baixa remuneração com a falta de reconhecimento da profissão demonstrando indignação em relação a esta questão. A sobrecarga de trabalho, por sua vez, corrobora para o sentimento de se estar trabalhando mais em proporção ao que se recebe. Neste contexto, emergem sentimentos diversos e, por vezes, contraditórios. A despeito dos descontentamentos elencados, as/os psicólogas/os identificam-se com o trabalho que realizam e demonstram o desejo de permanecerem na profissão, evidenciando alto envolvimento afetivo com esta.

Observamos que a precarização das condições e relações de trabalho das/os psicólogas/os é mais agravada em cidades de menor porte, de onde é oriunda a maioria das/os participantes. Como uma justificativa para esse fenômeno podemos apontar que o recolhimento é menor em cidades menos populosas, de modo que as prefeituras não têm recursos para custear o ambiente e as ferramentas para atuação das/dos profissionais, bem como para a contratação de pessoal em número que atenda às demandas do município. Além disso, apesar de não ser um problema exclusivo de municípios de pequeno porte, foi

verificado que a ocorrência de gestores não especializados em saúde é mais prevalente nestas cidades, fragilizando, assim, a execução desta política.

Os desafios relacionados – interlocução com a equipe e com a rede, questões inerentes à/ao gestora/r e às condições de trabalho – têm reflexos na dimensão ética do trabalho, destacando-se principalmente aspectos referentes ao sigilo e à relação com a Justiça. Sobre o sigilo, fatores como conflitos na comunicação dos casos entre a equipe; dificuldades e desconhecimento sobre a melhor forma de fazer o registro das informações das/os atendidas/os; a ausência de locais apropriados para realização de atendimentos psicológicos, inclusive sem isolamento acústico; e mesmo a inexistência de espaços seguros para armazenamento de prontuários comprometem a manutenção do sigilo. Já a tensão entre as/os psicólogas/os da ABS e o Sistema Judiciário, sustentada em expectativas equivocadas acerca do que cabe às/aos profissionais do SUS, aponta para a necessidade de construção de respostas às demandas desse sistema – especialmente no tocante à elaboração de documentos.

A fim de aprimorar a implementação da PNAB e a maneira com que esta tem sido gerenciada, um dos caminhos seria tomar parte no processo de construção e consolidação da política de saúde por meio da participação nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde – forma legítima de enfrentamento e fortalecimento da categoria perante as adversidades desse cenário e seus impactos concretos e subjetivos. As/Os psicólogas/os, apesar de reconhecerem estes espaços como relevantes para a participação democrática direta, destacaram que a presença da categoria nestes poderia ser maior. Somando-se a isso, as/os psicólogas/os reconhecem que têm o papel de difundir estas informações às/aos usuárias/os no sentido de mobilizá-las/los para participar. Contudo, ressaltam que o processo precisaria ser mais democrático *na práxis*, propiciando a participação ampla para atingir, de fato, a população e permitir a construção so-



cial da política de saúde.

Em relação aos vieses desta pesquisa, destacamos que a prevalência de profissionais de NASF nos GFs, possivelmente determinada pela indução federal mediante apoio financeiro aos municípios, conduz a discussões voltadas principalmente para aspectos relacionados a esses equipamentos. Em futuras pesquisas, GFs homogêneos com respeito à inserção de psicólogos/os podem ser uma alternativa melhor.

Evidencia-se, além disso, a necessidade de realização de mais investigações voltadas à atuação de psicólogos/os na atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e de pessoas em privação de liberdade. As políticas do Ministério da Justiça e Segurança Pública interpodem ao cuidado em saúde, demandas, atravessamentos políticos e dilemas éticos distintos daquelas com as quais se lida na ABS, que passam pela insalubridade e superlotação das unidades prisionais e a própria privação de direitos das pessoas privadas de liberdade.

Vale destacar que os dados e análises aqui apresentados refletem a realidade anterior à aprovação da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a qual parece representar um afastamento ainda mais contundente da efetivação do direito de acesso integral e universal à saúde, e da Emenda Constitucional nº 95, conhecida como a EC do Teto dos Gastos Públicos, que vem aprofundando a insuficiência dos recursos destinados ao SUS. Trata-se, assim, de um novo contexto político que muito possivelmente acirra os desafios encontrados por essa pesquisa. Acreditamos, contudo, que as discussões trazidas aqui, mesmo representando um cenário menos adverso, podem auxiliar psicólogos/os a construir estratégias de enfrentamento e resistência.



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, Paulo de Medeiros. 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, abr. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a12.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1995.

BARSAGLINI, R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1429-1439, out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01429.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G. (org.). **O trabalho do psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 21-25, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

BITTENCOURT, R. A. do A.; MATEUS, M. L. F. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 328-343, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n2/v26n2a14.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BOING, E., CREPALDI, M. A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicol. cienc.**

prof., Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, set. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BORGES, M.; BASTOS, A. V.; KHORUI, Y. **A formação em Psicologia:** contribuições para a reestruturação curricular e avaliação dos cursos. Relatório não publicado da Comissão de Especialistas de Ensino de Psicologia, Brasília, MEC/SESu, 1995.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a, seção 1, p.1-5. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b, seção 1, p. 4-5. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/12/1990&jornal=1&pagina=4&totalArquivos=168>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mai. 2004a, seção 1, p. 16-17. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=18/05/2004>>. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12.^a Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sérgio Arouca: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral



de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**: 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jan. 2008a, seção 1, p. 47-50. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/01/2008&jornal=1&pagina=50&totalArquivos=108>>. Acesso em: 18 mai. 2016.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/766/c_execucao_penal_1ed.pdf?sequence=8>. Acesso em: 11 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sasau.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 ago. 2009c, seção 1, p. 80-81. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov>>.

br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/08/2009&jornal=1&pagina=81&totalArquivos=192>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos de Atenção Básica; n. 24). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>. Acesso em: 31 de jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2011a, seção 1, p. 48-55. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=55&totalArquivos=128>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Trabalhar sim! Adoecer, não!** O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/trabalhar_sim_adoecer_nao.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jun. 2012c, seção 1, p. 138-139. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica; n. 34). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Conselhos de saúde**: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no

Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jan. 2014a, seção 1, p. 18-21. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/01/2014&jornal=1&pagina=18&totalArquivos=72>>. Acesso em: 14 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 mai. 2014b, seção 1, p. 60-62. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/05/2014&jornal=1&pagina=62&totalArquivos=172>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n° 1029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 mai. 2014c, seção 1, p. 55. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=21/05/2014>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 2014d, seção 1, p. 37-38. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=15/01/2014&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=72>>. Acesso em: 06 set. 2017.

BRASIL, A. M. F. E.; MEDEIROS, C. R. G.; SALDANHA, O. M. F. L. Estratégia Saúde da Família: análise dos registros em prontuários. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 265-276, 2015. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/950/938>>. Acesso em: 10 jun. 2016.



COHN, A.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K. De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Amélia Cohn (org). Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 010/1997, estabelece critérios para divulgação, a publicidade e o exercício profissional do psicólogo, associados a práticas que não estejam de acordo como os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia**. Brasília: CFP, 1997. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1997/10/resolucao1997_10.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 007/2003, institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP ° 17/2002**. Brasília: CFP, 2003. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 001/2009, dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos**. Brasília: CFP, 2009. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde**. Brasília: CFP, 2010a. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 008/2010, dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário**. Brasília: CFP, 2010b. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/07/resolucao2010_008.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 012/2011, regulamenta a atuação da/o psicóloga/o no âmbito do sistema prisional.** Brasília: CFP, 2011. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao_012-11.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Muito a comemorar, muito mais a fazer. **Jornal do Federal**, Brasília, Ano 23, n. 104, p. 4-7, jan/ago 2012a. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Jornalespecial1.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências técnicas para a atuação das/os psicólogas/os no Sistema Prisional.** Brasília: CFP, 2012b. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2012/11/AF_Sistema_Prisional-1.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Demandas do sistema de justiça às/aos profissionais de psicologia lotados nas políticas públicas de saúde e de assistência social.** Brasília: CFP, 2016b. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Documento-Base-Demandas-do-Sistema-de-Justi%C3%A7a_dez2016.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **RESOLUÇÃO Nº 6, DE 29 DE MARÇO DE 2019, Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela/ o psicóloga/ o no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019.** Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <<https://atosoficiais.com.br/lei/elaboracao-de-documentos-escritos-produzidos-pelo-psicologo-decorrentes-de-avaliacao-psicologica-cfp?origin=instituicao>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **O que é o termo de ajustamento de conduta?** [S.l.]: Portal de Direitos Coletivos, [ca.2013]. Disponível em: <<http://www.cnmp.gov.br/direitoscoletivos/index.php/4-o-que-e-o-termo-de-ajustamento-de-conduta>>. Acesso em: 9 jun. 2016.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP nº 006, de 22 de janeiro de 2014.** Acesso ao prontuário e anotação pelo Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Parecer_006_Acesso_ao_prontu%C3%A1rio_e_anota%C3%A7%C3%A3o_pelo_ACS.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 4ª REGIÃO (MG). **Guia para o exercício profissional:** Psicologia: Legislação, Orientação, Ética, Compromisso Social. Belo Horizonte: CRP 04, 2015. Disponível em: <http://www.crpmg.org.br/CRP2/Image/Guia_do_Psicologo_2016_sem_marca.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, 9). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sasau.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** o estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Dis-

ponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29512/31374>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. spe., p. 232-245, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32nspe/v32speca17.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

FERREIRA-NETO, J. L.; HENRIQUES, M. A. Psychologists in public health: Historical aspects and current challenges. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 281-290, 2016.

FONSECA, T. M. C.; JAEGER, R. L. Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cardernos HumanizaSUS: Volume 5, Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

FORTES, P. A. de C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/27.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 364-379, abr/jun 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0364.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004. Disponível em: <http://portal.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213115340.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.



LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Art-med, 1999.

LEE, S.; MCCANN, D.; MESSENGER, J. C. **Duração do trabalho em todo o mundo**: Tendências de jornadas de trabalho, legislação e políticas numa perspectiva global comparada. Brasília: OIT, 2009.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set/dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a10>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

LHULLIER, L.A. (org.). **Quem é a Psicóloga brasileira?** Mulher, Psicologia e Trabalho. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Quem_e_a_Psicologa_brasileira.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2017.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

MENEZES, Tatiane Almeida de; MONTE, Paulo Aguiar do. Relação entre o tipo de contrato de trabalho e a dedicação do trabalhador no emprego: evidências para as regiões metropolitanas brasileiras. **Nova econ.**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 51-72, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/neco/v23n1/02.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

MINAS GERAIS. Lei Estadual nº 22257, de 27 de julho de 2016. Estabelece a estrutura orgânica da administração pública do Poder Executivo do Estado e dá outras providências. **Diário Oficial de Minas Gerais**. Minas Gerais: 2016. Disponível em: <<http://www.age.mg.gov.br/images/stories/downloads/leis/lei-22257.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2876.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.11-24, jan. 2018. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

OLIVEIRA, F. S. de. Controle social no sistema único de saúde – SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. **Prim@ Facie – Direito, História e Política**, Paraíba, v. 6, n. 11, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/primafacie/article/view/4402/3318>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

OLIVEIRA, M. do C. L. de; SILVEIRA, S. B. O(s) sentido(s) do trabalho na contemporaneidade. **Rev. Veredas**, Juiz de Fora, v. 16, n. 1, p. 149-165, 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2012/10/artigo-Sonia-e-Carmovers%C3%A3o-finalformatado.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

PEREIRA, A. T. S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s123-s133, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/17.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

RUA, M. das G. Análise das políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M. das G.; CARVALHO, M. I. V. de (org.). **O Estudo da Política**: Tópicos Seleccionados. Brasília: Paralelo 15, 1998. Disponível em: <http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/rua%20maria%20_%20analisedepoliticaspUBLICAS.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2015.



SANTOS, M. A. C. **Formação em Psicologia**. Maceió: EDUFAL, 2011.

SENADO FEDERAL. **Projeto fixa em 30 horas a jornada semanal dos psicólogos**. Brasília: 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/12/21/projeto-fixa-em-30-horas-a-jornada-semanal-dos-psicologos>>. Acesso em: 18 out. 2018.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf>>. Acesso em: 6 de jun. 2017.



ANEXO

QUESTIONÁRIO “ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE PSICÓLOGAS E PSICÓLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM MINAS GERAIS”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Atuação Profissional de Psicólogas e Psicólogos na Atenção Básica à Saúde em Minas Gerais”, que levantará informações sobre as/os psicólogas/os de Minas Gerais. Os avanços da profissão e do conhecimento sobre a Psicologia ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é **compreender e analisar a percepção de psicólogos/os acerca de sua inserção na atenção básica do sistema público de saúde em Minas Gerais**. Caso você participe, será necessário que você aceite responder ao questionário proposto. É importante ressaltar que não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto, risco à sua vida ou constrangimento e todos os dados de identificação serão codificados para garantir que nenhuma resposta possa ser diretamente ligada a um respondente.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade, ou seja, você não terá nenhum custo com sua participação. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Para responder a este questionário, você levará, em média, uma hora. Todas as questões são de preenchimento obrigatório. Para encerrar o questionário e encaminhar suas respostas, você deverá respondê-lo até o final. Depois de iniciado o preenchimento, se inter-

rompê-lo, encerrando seu navegador, não será possível retomá-lo do ponto onde havia parado; ao acessar novamente o questionário, você será remetida/o a respondê-lo desde a primeira questão.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5776.

1. Ao clicar no item de concordância abaixo, você concorda que recebeu informações suficientes sobre como acontecerá sua participação no estudo e que, de livre e espontânea vontade, compreendeu para que serve o estudo e a qual procedimento será submetido/a. Concorda de que a explicação que recebeu esclarece os riscos e benefícios do estudo e que é livre para interromper sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão.

Concordo

Discordo

2. Nome completo:

3. Indique seu número de inscrição no Conselho Regional de Psicologia 4ª Região (CRP 04):

4. Qual o seu sexo:

Masculino

Feminino

Outros

5. Qual a sua idade:



- Até 30 anos
- De 31 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- De 51 a 60 anos
- Acima de 60 anos

6. Qual a sua cor/raça (segundo as categorias do IBGE)?

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Parda
- Preta
- Não declarada

7. Há quanto tempo você atua profissionalmente como psicólogo?

- Até 1 ano
- De 1 a 2 anos
- De 2 a 4 anos
- De 5 a 10 anos
- De 10 a 20 anos
- Mais de 20 anos

8. Você possui título de pós-graduação?

- Não
- Sim, de especialista.
- Sim, de mestrado.
- Sim, de doutorado
- Sim, de Pós-Doutorado.

Se SIM, em qual/ ais área/ s

9. Você teve algum apoio/incentivo do seu serviço para a realização do/ s seu/ s estudo/ s?

Sim

Não

Se SIM, especifique o tipo de apoio

10. Você teve algum benefício no trabalho relacionado à realização do/ s seu/ s estudo/ s?

Sim

Não

Se SIM, especifique que benefício

11. Em qual/ ais Município/ s você trabalha?_____

12. Há quanto tempo você atua como psicólogo na atenção básica à saúde?

Há menos de 1 ano

De 1 a 2 anos

De 2 a 4 anos

De 5 a 10 anos

De 10 a 15 anos

Há mais de 15 anos

13. Você atua em outro/ s nível/ is de atenção?

Sim, na atenção secundária

Sim, na atenção terciária

Não



14. Em qual/ ais serviço/ s você trabalha na ABS? (marque quantas respostas)

- Unidade Básica de Saúde com Equipe de Saúde da Família
- Unidade Básica de Saúde sem Equipe de Saúde da Família
- Unidade Básica de Saúde de Apoio à Equipe de Saúde da Família
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- Escola de Saúde
- Ambulatório
- Outro (especifique): _____

15. O/ s serviço/ s no/ s qual/ ais trabalha pertence/ m à qual/ ais esfera/ s?

- Federal
- Estadual
- Municipal

16. Qual o seu vínculo contratual na ABS? (pode marcar mais de uma alternativa, caso tenha mais de um vínculo)

- Estatutário
- Contrato temporário
- Convênio/parcerias institucionais
- Autônomo
- Outro (especifique): _____

17. Qual a sua remuneração mensal na ABS? (somando todos os vínculos)

- Até R\$ 1000,00
- De R\$ 1000,01 a R\$ 2000,00
- De R\$ 2000,01 a R\$ 3000,00
- De R\$ 3000,01 a R\$ 4000,00
- De R\$ 4000,01 a R\$ 5000,00

- De R\$ 5000,01 a R\$ 6000,00
- Acima de R\$ 6000,00
- Não remunerado

18. Qual a sua carga horária de trabalho semanal na ABS? (somando todos os vínculos)

- Até 9h
- De 10h às 20h
- De 21h às 30h
- De 31h às 40h
- Acima de 40h

19. Você é contratado para o cargo de Psicólogo na ABS?

- Sim
- Não

Se não é contratado como psicólogo, qual a sua função/cargo?

20. Você ocupa cargo de gestão na ABS?

- Sim
- Não

Caso ocupe, especifique qual cargo

21. Aponte quais as atividades que você desenvolve (pode marcar mais de uma opção)

- Acolhimento
- Triagem
- Aconselhamento
- Apoio matricial
- Atendimento de casal



- Atendimento de urgência
- Atendimento familiar
- Atendimento individual
- Atendimento em grupo
- Realização de oficinas
- Realização de palestras
- Atividades educativas/informativas
- Atividades de gestão
- Atividades de planejamento
- Atividades socioculturais
- Organização de eventos
- Avaliação Psicológica
- Construção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)
- Elaboração de relatórios, pareceres e laudos
- Anotações em prontuários
- Encaminhamento para serviços especializados
- Ações de articulação da rede de serviços
- Reuniões com profissionais da Rede Básica
- Reuniões com profissionais da Rede de Saúde Mental
- Reuniões de equipe
- Participação em instâncias de controle social
- Práticas alternativas complementares e integrativas
- Supervisão e capacitação
- Participação em atividades de supervisão e capacitação
- Visita domiciliar
- Outra/ s (especifique): _____

22. O foco das atividades que você desenvolve está voltado principalmente para quê? (pode marcar mais de uma opção)

- Orientação/Educação/Aconselhamento
- Acolhimento/Assistência/Tratamento psicológico

- Gestão/Formulação de políticas públicas
- Inclusão produtiva e geração de renda
- Supervisão Psicológica
- Formação de educadores/professores
- Suporte/Acompanhamento de equipe de saúde da família
- Outro/ s (especifique): _____

23. Quais os principais desafios que você enfrenta no cotidiano do seu trabalho? (pode marcar mais de uma opção)

- Dificuldades de atuação em rede
- Dificuldade de relacionamento dentro da própria equipe
- Dificuldade de relacionamento com profissionais de outras áreas
- Falta de formação específica para atuar no campo da ABS
- Combater a lógica da medicalização
- Centralização do saber médico na ABS
- Falta de investimento governamental
- Inconstância da gestão
- Despreparo dos gestores
- Condições inadequadas de trabalho (espaço físico e recursos materiais)
- Falta de investimento na capacitação profissional
- Falta de reconhecimento dos profissionais da psicologia
- Baixa remuneração
- Pressão por produtividade
- Carga horária de trabalho excessiva
- Outro/ s (especifique): _____

24. Como você lida com estes desafios?

- Procuo sempre melhorar/reivindicar
- Procuo melhorar/reivindicar em alguns aspectos
- Já desisti de reivindicar
- Outro (especifique): _____



25. As políticas públicas de saúde elaboradas e implantadas pelo MUNICÍPIO em que você atua são adequadas às necessidades da população?

- Sim
 Não. Indique que políticas você acha que seriam necessárias:

26. Qual a modalidade de supervisão disponível no serviço que você atua?

- Nenhuma
 Supervisão Clínica
 Supervisão Institucional
 Supervisão Clínica-institucional
 Supervisão Educacional/Pedagógica
 Outra (especifique): _____

27. Qual a principal abordagem (linha teórica) em psicologia que orienta seu trabalho nos serviços de ABS?

- Esquizoanálise
 Psicologia Comportamental
 Psicologia Sócio-histórica
 Psicologia Existencial-humanista
 Psicanálise
 Teorias Psicossociais
 Teorias da Gestalt
 Teoria Sistêmica
 Outra (especifique): _____

28. Mencione alguns autores que tenham subsidiado sua prática profissional nos serviços da ABS.

--

29. Que outras áreas do conhecimento influenciam o seu trabalho? [Pode marcar mais de uma alternativa]

- Acupuntura
- Antropologia
- Direito
- Educação
- Filosofia
- Medicina
- Sociologia
- Saberes orientais
- Saberes locais
- Saberes místicos
- Saberes alternativos
- Outra/ s (especifique): _____

30. Qual o seu conhecimento acerca dos marcos lógicos e legais da política de atenção básica:

Marcos e Diretrizes	Grau de conhecimento		
	Nenhum	Parcial	Pleno
Declaração Universal dos Direitos Humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaração e Programa de Ação de Viena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Nacional de Direitos Humanos 1, 2 e 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constituição da República Federativa do Brasil (artigos 196 a 200)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lei 8080/1990 (Institui o Sistema Único de Saúde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lei 10.216/2001 (Institui a Reforma Psiquiátrica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01-96)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacto Pela Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacto em Defesa do SUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacto de Gestão do SUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portaria GM/MS 154 de 24/01/2008 (Cria os NASF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portaria GM/MS 971 de 03/05/2006 (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portaria GM/MS 2.488 de 21/10/2011 (Política Nacional da Atenção Básica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portaria GM/MS 3124 de 28/12/2012 (Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humaniza SUS (Política Nacional de Humanização)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadernos Humaniza SUS vol. 2 Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Quais profissionais compõem a equipe em que você atua? (Marque quantas alternativas precisar)

- Agente Comunitário de Saúde
- Assistente Social
- Auxiliar de consultório/Técnico de Higiene Bucal
- Dentista
- Enfermeiro
- Médico
- Psicólogo
- Técnico e/ou auxiliar de enfermagem
- Outros (especifique): _____

32. Indique as categorias profissionais com as quais você MAIS interage em seu trabalho cotidiano (Marque quantas alternativas desejar)

- Agente Comunitário de Saúde
- Assistente Social
- Auxiliar de consultório/Técnico de Higiene Bucal
- Dentista
- Enfermeiro
- Médico
- Psicólogo
- Técnico e/ou auxiliar de enfermagem
- Outra/ s (especifique): _____



33. Indique as categorias profissionais com as quais você MENOS interage em seu trabalho cotidiano. (Marque quantas alternativas desejar)

- Agente Comunitário de Saúde
- Assistente Social
- Auxiliar de consultório/Técnico de Higiene Bucal
- Dentista
- Enfermeiro
- Médico
- Psicólogo
- Técnico e/ou auxiliar de enfermagem
- Outra/ s (especifique): _____

34. Indique quais áreas de Políticas Públicas você aciona no desempenho de seu trabalho (Marque quantas alternativas desejar)

- Assistência Social
- Cultura
- Defesa Civil
- Direitos Humanos
- Educação
- Esporte
- Habitação
- Meio Ambiente
- Saúde
- Segurança Pública
- Trabalho
- Outra/ s (especifique): _____

35. Indique quais os recursos e os instrumentos que você utiliza em seu trabalho [Marque quantas alternativas desejar]

- Atividades de Leitura e Escrita (poesia, literatura, contos, reportagens)
- Entrevistas
- Equipamentos Tecnológicos (computadores, filmadoras, gravadores, máquinas fotográficas)
- Instrumentos Lúdicos (jogos e brinquedos)
- Materiais artísticos (fotografias, esculturas, desenhos, pintura, etc.)
- Recursos Audiovisuais (filmes, CDs, fotografias)
- Recursos específicos para Pessoas com Necessidades Especiais
- Técnicas de Dinâmica de Grupo
- Testes psicológicos
- Outro/ s (especifique): _____

36. Indique as formas de registros que você utiliza em seu trabalho.

- Prontuário único
- Registro documental específico da psicologia
- As duas modalidades simultaneamente
- Outra/ s (especifique): _____

37. Você utiliza indicadores de acompanhamento/avaliação de sua intervenção?

- Sim:
- Não

Se SIM, citar quais:



38. Você alguma vez enfrentou dificuldades relativas a questões éticas na sua atuação profissional neste campo?

Não.

Sim.

Se SIM, cite quais e seus desdobramentos

39. O que você considera como a maior contribuição da psicologia para a ABS?

40. Use esse espaço para comentários e sugestões adicionais.



LISTA DE SIGLAS

- ABA – *Applied Behavior Analysis*
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitária/o de Saúde
AFIP – Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM – Apoio Matricial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Dro-
gas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
Cedec – Centro de Estudos de Cultura Contemporânea
Centro POP – Centro de Referência Especializado para Popula-
ção em Situação de Rua
CEPP – Código de Ética Profissional do Psicólogo
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CGSI – Coordenação Geral de Sistemas de Informação
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CR/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
Cras – Centro de Referência de Assistência Social
Creas – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Crepop – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas
Públicas
CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRP-MG – Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais
CTC – Comissão Técnica de Classificação
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis
eAB – Equipes de Atenção Básica
eABp – Equipes de Atenção Básica Prisional

- EaD – Ensino a Distância
- eCR – Equipe de Consultório na Rua
- eSF – Equipes de Saúde da Família
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
- GF – Grupo Focal
- MJ – Ministério da Justiça
- MPF – Ministério Público Federal
- MS – Ministério de Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOAS/SUS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB/SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
- OIT – Organização Internacional do Trabalho
- ONG – Organização Não Governamental
- PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
- PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
- PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
- PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
- Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação Profissional para a Saúde
- PSE – Programa Saúde na Escola
- PSF – Programa Saúde da Família
- Psind-MG – Sindicato dos Psicólogos do Estado de Minas Gerais
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial



RAS – Rede de Atenção à Saúde
SEDS – Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais
Senad – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
Teacch – *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UPA – Unidade de Pronto Atendimento



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de participantes (GFs)	09
Tabela 2 – Dados sociodemográficos (GFs)	11
Tabela 3 – Tempo de atuação na ABS (Questionário)	11
Tabela 4 – Tempo de atuação na ABS (GFs).....	12
Tabela 5 – Tempo de atuação como psicólogo/o (Questionário)	12
Tabela 6 – Pós-graduação (Questionário).....	21
Tabela 7 – Equipes de Psicologia e demais profissionais (Questionário)	29
Tabela 8 – Atividades desenvolvidas pela/o psicóloga/o (Questionário)	56
Tabela 9 – Instrumentos utilizados pela/o psicóloga/o (Questionário)	57
Tabela 10 – Conhecimento sobre legislação (Questionário).....	64
Tabela 11 – Carga Horária (Questionário e GFs).....	85
Tabela 12 – Remuneração X Carga Horária (Questionário).....	86
Tabela 13 –Remuneração X Carga Horária X Vínculo Contratual (GFs).....	88
Tabela 14 –Vínculo contratual (Questionário e GFs)	92
Tabela 15 – Vinculação do serviço (Questionário)	92
Tabela 16 – Nível de atenção em que atua (Questionário)	93

A **PSICOLOGIA** E O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

ISBN: 978-65-89729-01-3

CDL



9 786589 729013