



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FERNANDA GOMES VASCONCELOS

ENTRE O NOVO E O VELHO
REPRESENTAÇÕES PROFISSIONAIS DE PSICÓLOGOS QUE ATUAM EM NASF

RECIFE
2017

FERNANDA GOMES VASCONCELOS

ENTRE O NOVO E O VELHO: REPRESENTAÇÕES PROFISSIONAIS DE
PSICÓLOGOS QUE ATUAM EM NASF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Lira dos Santos Aléssio

RECIFE
2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

V331e Vasconcelos, Fernanda Gomes.
Entre o novo e o velho : representações profissionais de psicólogos
que atuam no NASF / Fernanda Gomes Vasconcelos. – 2017.
100 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Prof^ª. Dr^ª. Renata Lira dos Santos Aléssio.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco,
CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2017.
Inclui Referências e anexos.

1. Psicologia. 2. Psicólogos. 3. Psicólogos – Formação profissional. 4.
Psicólogos – Prática profissional. I. Aléssio, Renata Lira dos Santos
(Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2017-081)

FERNANDA GOMES VASCONCELOS

ENTRE O NOVO E O VELHO: REPRESENTAÇÕES PROFISSIONAIS DE
PSICÓLOGOS QUE ATUAM EM NASF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Lira dos Santos Aléssio

Aprovada em: 13/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Renata Lira dos Santos Aléssio
(Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima de Souza Santos
(Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Wedna Cristina Marinho Galindo
(Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Antônio Virgílio Bittencourt Bastos
(Examinador externo)
Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Renata Lira dos Santos Aléssio, por embarcar junto comigo em um caminho cheio de incertezas e dúvidas, e por fazer isso com tanta dedicação. As orientações (regadas a risos e descontração) e as trocas de mensagens foram provas do suporte e do afeto constante ao longo desses dois anos, sem os quais esse trabalho não poderia ter sido feito.

Agradeço aos meus pais, Denise Lyra e Fred Vasconcelos, por sempre apoiarem as minhas escolhas profissionais e torcerem incansavelmente. Por serem fontes de inspiração de vida e de seres humanos, que guiam minha ética profissional e pessoal.

Agradeço a Ricardo de Andrade Lima por ser outro torcedor incansável, por compreender minhas ausências e por, muitas vezes, vibrar as minhas conquistas mais do que eu mesma.

Agradeço às minhas tias Lucia Lyra e Silvana Lyra por me oferecerem abrigo, físico e emocional, sempre que necessário, não importando quando, onde e como.

Agradeço ao meu irmão Pedro Gomes pela certeza do apoio e dos votos de sucesso.

Agradeço a Mariana Carvalho, Jorge Luiz e Mirella Lucena por terem sido um encontro tão maravilhoso e por compartilharem alegrias, tristezas, angústias, fofocas e muitas risadas ao longo desses dois anos.

Agradeço a Priscila Fernandes e Luiza Domingues por todas as trocas, que começaram no campo *psi* e se expandiram para laços de amizade, nos possibilitando unir o profissional ao bem querer.

Agradeço a Fátima Santos por acolher nossos pedidos de socorro com tanta leveza e carinho.

Agradeço a Wedna Galindo por possibilitar a minha participação na disciplina de Psicologia e Políticas Públicas que, muito mais do que um estágio à docência, marcou o meu crescimento enquanto pesquisadora e psicóloga nesses dois anos de mestrado.

Agradeço a Livia Félix e Marina Cursino por tornarem a inserção no campo e o contato com os dados momentos mais leves e menos solitários.

A todas as outras pessoas que não foram citadas explicitamente – familiares, amigas de escola, de faculdade e de trabalho, colegas de turma e de laboratório de pesquisa –, mas que nem por isso são menos importantes, deixo a minha gratidão por fazerem parte do meu caminho, colorindo-o de afeto e apoio.

Agradeço à CAPES pelo incentivo a esta pesquisa.

Agradeço aos participantes da pesquisa, que se disponibilizaram a compartilhar conosco de suas experiências, nutrindo-a de conteúdos importantes para a discussão sobre uma Psicologia ética e politicamente guiada.

A todos aqueles – usuários, pacientes, clientes... – com os quais cruzei durante minha ainda curta trajetória como psicóloga, deixo meu agradecimento final por me enriquecerem profissionalmente e pessoalmente nesses encontros.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo investigar as representações profissionais de psicólogos que atuam em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), analisando as identidades profissionais que dão suporte às práticas, à luz da teoria das representações profissionais e dos constructos teóricos referentes à identidade, práticas e trajetórias profissionais. Foram realizadas entrevistas com 8 psicólogos que atuam em NASF, na cidade do Recife/PE, divididas em duas etapas: a primeira do tipo entrevista narrativa, e a segunda do tipo semiestruturada, orientada por um roteiro, ambas realizadas em um mesmo encontro. As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra em formato textual. Os dados foram analisados à luz do método fenomenológico para estudos em Psicologia. Esta análise foi guiada pela organização dos dados a partir de cinco etapas, que resultaram nas unidades de significado: *“Trajetórias profissionais”*; *“Atuação em NASF”*; *“O psicólogo no NASF”*. Essas unidades de significado foram transformadas em uma estrutura que representou a articulação entre aspectos significativos de fenômenos vivenciados pelo participante, tornando possível uma apreensão integral de cada entrevistado, bem como da relação entre eles. Verificou-se que a visão hegemônica da Psicologia atrelada ao contexto da clínica privada produz uma cultura profissional que direciona as demandas para essa categoria e orienta as representações profissionais, bem como a construção de identidades e práticas profissionais. Os profissionais fizeram alusão a recursos da atuação tradicional de cunho individual como um dos meios de resolução do conflito entre a atuação demandada em NASF e suas representações profissionais. À guisa de conclusão, verificou-se que havia para esses profissionais um imperativo de manutenção de uma coerência que sustentasse a representação profissional, atrelada ao consumo da cultura profissional, mas que se demonstrou, pela via da incoerência, como inconsistente para efetivação de política de atenção básica na saúde.

Palavras-chave: Representações profissionais. Psicologia. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Identidade profissional. Prática profissional.

ABSTRACT

This dissertation aimed to investigate the professional representations of psychologists working in Family Health Support Centers (NASF in Brazil), by analyzing the professional identities that support the practices, based on the theory of professional representations and on the theoretical constructs identity, practices and professional trajectories. Interviews were conducted with 8 psychologists which work in NASF, in the city of Recife/PE, and divided into two stages: the first one of the narrative interview type, and the second of the semi-structured interview type, guided by a script, both were applied in the same meeting. The interviews were audio-recorded and fully transcribed into textual format. The data were analyzed based on the phenomenological method for studies in Psychology. This analysis was guided by the organization of the data into four stages, which resulted in the units of meaning: "*Professional trajectories*"; "*Performance in NASF*"; "*The Psychologist in NASF*". These units of meaning were transformed into a structure that represented the articulation between significant aspects of phenomena experienced by the participant, making possible an integral apprehension of each participant, as well as the relationship between them. It was verified that the hegemonic vision of Psychology, linked to the context of the private clinic, produces a professional culture that directs the demands to this category and guides the professional representations, as well as the construction of professional identities and practices. The professionals alluded to traditional resources of individual character as one of the means of resolving the conflict between the action demanded in NASF and their professional representations. As a conclusion, it was verified that there was a need for these professionals to maintain a coherence that would support professional representation, linked to the consumption of professional culture, but which was shown to be inconsistent for the effective implementation of the basic health care politic.

Key-words: Professional representations. Psychology. Family Health Support Centers. Professional identity. Professional practices.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ANPEPP – Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
DS – Distrito Sanitário
ESF – Estratégia de Saúde da Família
LABINT – Laboratório de Interação Social Humana
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPI – Núcleo de Atenção a Práticas Integrativas
ONG – Organização Não Governamental
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
SEGTES – Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A PSICOLOGIA NO NASF: REPRESENTAÇÕES DA CATEGORIA NO CENÁRIO BRASILEIRO	13
2.1	Caminhos percorridos pela Psicologia no Brasil	13
2.2	A profissão de psicólogo no Brasil	16
2.3	A formação universitária do psicólogo brasileiro	21
2.4	A atenção básica e o NASF: caminhos para pensar a inserção da Psicologia	22
3	REPRESENTAÇÕES, IDENTIDADE E PRÁTICAS PROFISSIONAIS	28
3.1	As representações profissionais e o campo do trabalho	28
3.2	Identidade profissional	31
3.3	Práticas profissionais	37
4	MÉTODO	40
4.1	Participantes	40
4.2	Instrumentos e materiais de coleta de dados	41
4.3	Procedimento de coleta de dados	42
4.4	Aspectos éticos	43
4.5	Procedimento de análise de dados	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	Dimensão funcional: o que faz um psicólogo?	54
5.2	Dimensão contextual: organização e jogo institucional	61
5.3	Dimensão identitária: quem é o psicólogo do NASF?	68
6	CONCLUSÃO	82
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa baseou-se na investigação das representações profissionais de psicólogos que atuam em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é um dos serviços que compõem a atenção básica, implantado em 2008, com o objetivo de ampliar e reforçar as ações e resolubilidade das equipes de saúde da família. É constituído por profissionais de diversas áreas que devem atuar de forma integrada e apoiando os profissionais de saúde da família, estando vinculado ao território destas (BRASIL, 2011a).

De acordo com a Portaria N° 154/2008, que cria os NASF's, a Psicologia faz parte das categorias profissionais que devem compor esta equipe, sendo designada a desenvolver atenção à saúde mental. Dessa forma, os profissionais são convidados a atuar em um contexto repleto de desafios, não só pelo caráter recente da instituição do citado serviço, como também pela necessidade em construir uma prática pautada pelo viés da ação coletiva, indo de encontro com a história da constituição dessa categoria no Brasil, marcada pelas práticas de cunho individual e privado.

Tradicionalmente, a Psicologia é vista como tendo na prática clínica liberal sua principal forma de exercício. Essa visão hegemônica não só contribui com a representação social da categoria - atuar em consultórios privados, centrado na “escuta clínica” dirigida ao indivíduo (LIMA; NUNES, 2006) - no contexto brasileiro, como também com a construção das representações profissionais elaboradas pelos psicólogos em suas práticas. Se o lugar do exercício da atividade profissional é um lugar social, composto por relações individuais e coletivas, próprias à produção de numerosas formas identitárias, então o lugar de trabalho se torna para os indivíduos um meio social determinante (BLIN, 1997). Nesse sentido, sendo o NASF um lugar de trabalho, nele são construídas identidades e práticas fundamentadas nas representações profissionais, desenvolvidas ao longo das trajetórias dos indivíduos e transformadas diante de novos contextos de atuação.

No contexto do NASF a citada visão hegemônica da Psicologia influencia as demandas

na estratégia de saúde da família para essa categoria (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; NEPOMUCENO, 2014), levando a uma tendência a realização de atividades curativas, de cunho individuais, por parte dos psicólogos na atenção básica. Com a entrada dos psicólogos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a insuficiência da transposição de práticas advindas do âmbito privado, de cunho individual, para o contexto da saúde pública, a Psicologia vem experimentando um longo e lento processo de mudança em sua atuação e imagem, fazendo-se necessário rever o compromisso social da profissão com a luta pela garantia do direito à saúde, educação e assistência no país. Assim, sustenta-se a importância de serem feitos estudos sobre a atuação desses profissionais nos mais diversos contextos em que vem sendo convocados a intervir fora do enquadre tradicional, dentre eles o NASF, a fim de corroborar com a reflexão e construção de práticas alinhadas às políticas públicas que estabelecem as formas de atender às demandas populacionais.

O desenrolar desta investigação através das representações profissionais se mostrou um caminho possível e pertinente diante do interesse inicial da pesquisa em se debruçar sobre as práticas e as identidades profissionais. Tal interesse partiu da experiência da pesquisadora enquanto psicóloga residente de um NASF, período que fomentou questões acerca da aplicabilidade e do alcance das técnicas psicológicas na atenção básica. Logo de início a questão girava em torno da serventia do psicólogo neste contexto de trabalho, sendo rapidamente desdobrada na curiosidade em saber como os profissionais desta categoria identificavam-se à Psicologia estando inseridos em um contexto de atuação que, na vivência da pesquisadora foi desafiador para pensar a prática.

Não são recentes as investigações e questionamentos acerca da prática psicológica em contextos que diferem do consultório privado e do molde de intervenção individual. Entretanto, para além de discutir sobre a tão falada necessidade da Psicologia de se reinventar a fim de atender as demandas da saúde pública brasileira, ponto que também faz parte desse estudo, o interesse da pesquisadora residia em conhecer os profissionais, suas trajetórias na profissão e as invenções de cada um no cotidiano de atuação. Claro que este interesse não foi totalmente altruísta, pois dizia respeito de uma tentativa de dar continência a questões que ficaram em aberto após sua atuação em NASF e que seguiram a acompanhando em outros cenários de exercício profissional.

De imediato o conceito de identidade profissional parecia compor perfeitamente o quadro teórico do estudo, pois supostamente daria conta de trabalhar as identificações dos profissionais à categoria. Porém, a amplitude ou mesmo dispersão desse conceito gerou um grande entrave ao desenho teórico, que durante toda a coleta de dados permaneceu em aberto.

Após o período de imersão em campo e ao longo do tratamento dos dados, novas possibilidades de desenho teórico foram investigadas, levando às práticas profissionais. Este seria um outro conceito que não poderia deixar de fazer parte do estudo, mas que ainda se mostrava insuficiente enquanto quadro teórico da questão que vinha sendo investigada. Logo as representações profissionais vieram compor a pesquisa, pois comportam a discussão de práticas, identidades e trajetórias que, no âmbito da investigação profissional, não podem ser analisadas em separado.

A presente dissertação está dividida em sete seções, contando com esta introdução. A seção seguinte trata da contextualização da Psicologia no cenário brasileiro, analisando a inserção dos profissionais desta categoria no SUS, mais especificamente na atenção básica e no NASF. A terceira seção apresenta uma discussão referente ao âmbito do trabalho e das profissões, com foco nas representações profissionais e na construção de identidades, práticas e trajetórias profissionais. A quarta seção apresenta o desenho metodológico do estudo. A seção cinco trata dos resultados da pesquisa e a sexta seção discute tais resultados à luz do prisma analítico das representações profissionais. Por fim, a conclusão trata dos principais resultados alcançados pelo estudo, bem como dos limites e possibilidades de investigações futuras.

2 A PSICOLOGIA NO NASF: REPRESENTAÇÕES DA CATEGORIA NO CENÁRIO BRASILEIRO

Esta seção apresenta ao leitor uma contextualização da Psicologia no Brasil, tratando de sua instituição no país enquanto profissão, das mudanças nos contextos de atuação ao longo da história e dos elementos que compõem a representação da categoria neste cenário. Para tanto, baseou-se em literaturas que se propuseram a caracterizar a Psicologia no território nacional. Tal discussão se fez necessária enquanto um preâmbulo do debate subsequente da mesma seção, que trata da análise da inserção do psicólogo na atenção básica, mais especificamente nos NASF's. A produção científica sobre a inserção da Psicologia no NASF foi examinada de forma a elucidar os conhecimentos produzidos sobre este tema e assim situar a problemática desta dissertação.

2.1 Caminhos percorridos pela Psicologia no Brasil

A Psicologia, regulamentada enquanto profissão em 1962 no Brasil, inseriu-se no cenário do regime militar, período em que houve crescimento da indústria, do comércio e do consumo, essencialmente entre as classes média e alta, que se espelhavam no modelo de vida típico das sociedades industriais, que incentivava o individualismo e a competência pessoal como meio para ascensão social. Esse modelo favoreceu o crescimento da prática psicológica clínica, em consultórios privados, restrita a tais classes, ávidas pelo consumo dessa prática que reforçava a lógica de sociedades de primeiro mundo de identidades privadas. Assim, a formação em Psicologia, estabelecida na década de 1960, contemplava as áreas clínica, escolar e industrial, de forma que a clínica rapidamente colocou-se como principal área de atuação, o que demarcou a formação do psicólogo, bem como o imaginário social em relação a essa categoria (FERREIRA NETO, 2011). As questões políticas não eram priorizadas nos discursos e práticas dos profissionais dessa época, sendo de maior valia a utilização de técnicas científicas de forma alienada do processo histórico e político em que estavam inseridos (ANDRADE; MORATO, 2004).

Com a recessão econômica ocorrida a partir da segunda metade de 1970, as classes média e alta, que haviam sido favorecidas com o “milagre econômico”, começaram a sofrer mudanças em seus modos de vida e subjetivação. Até então grandes consumidoras dos serviços psicológicos clínicos, essas classes passam a reduzir sua demanda aos consultórios de Psicologia. Paralelo a isso, o aumento de cursos de graduação eleva o número de profissionais

na área, havendo nesse período um desequilíbrio entre a oferta e a demanda (FERREIRA NETO, 2011).

Em 1985 inicia-se, com o fim do regime militar, a “Nova República”, no Brasil. A Psicologia, também é chamada a responder a essa conjuntura de redemocratização da sociedade brasileira, sendo alvo de críticas relativas ao alto custo da psicoterapia e à formação que favorecia teorias e técnicas descontextualizadas da realidade brasileira. Todo esse processo de redemocratização favoreceu o vínculo da sociedade civil com o Estado, gerando atividades mais voltadas a instituições, sendo tal tendência consolidada na década de 1990, na “área social”, nos contextos do SUS e da assistência social, bem como a partir do crescimento de Organizações Não Governamentais (ONG) (FERREIRA NETO, 2011). Assim, houve um aumento na contratação de profissionais para essas áreas sociais, dentre eles o psicólogo.

A construção do SUS no Brasil esteve ligada à luta pelo restabelecimento da democracia, assim como a novos modelos explicativos sobre a saúde, que buscavam superar as limitações do modelo biomédico e liberal-privatista. Os princípios e diretrizes do SUS expressam relativa vitória da tradição dos sistemas nacionais e públicos de saúde, diante da tradição liberal-privatista, que havia se tornado hegemônica durante o período ditatorial (NEPOMUCENO, 2014). O movimento sanitário foi um dos fatores determinantes para a criação e implantação do SUS, assim como para a constituição de um novo pensamento sobre saúde (CAMPOS, 2007). A reforma sanitária é apontada como o marco que distingue o período de incentivo à prática médica liberal, do movimento que almeja a implementação da atenção pública à saúde (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). De acordo com Campos (2007, p. 1869):

Vale a pena considerar que, em alguma medida (haveria que se investigar melhor), a motivação de amplo segmento do movimento sanitário era política, e o trabalho na saúde era utilizado como uma tática para enfrentamento contra a ditadura, de onde, é provável, ganhou relevância o lema que ajuntava "saúde e democracia". Vários entre estes ativistas professavam credos esquerdistas, de variados matizes, que em comum valiam-se do trabalho sanitário como uma preparação para a revolução social e política. Buscavam além de curar e de prevenir enfermidades, também a conscientização e a politização dos populares e dos trabalhadores de saúde. Considero, contudo, que com o passar do tempo, esse movimento, com forte componente "instrumental" – muitos o pensavam como um "meio" para fazer política junto ao povo e dentro de instituições -, encontrou-se com outros sujeitos sociais, gente da universidade, de organismos internacionais, dos serviços de saúde, e operou-se uma síntese, teórica-prática, que constituiria o arcabouço do SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1988, podem ser considerados o cadinho que unificou todas estas tendências.

A proposta de democratização, atrelada a novos modelos de atenção à saúde, baseavam-se numa atenção universal, preventiva e descentralizada, com participação popular, reconhecendo o direito de todos ao acesso à saúde e o dever do Estado em provê-la (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). Campos (2007) ressalta o contexto histórico desfavorável em que essa política pública de saúde se constitui, uma vez que o momento histórico era caracterizado por um processo de 30 anos de crise global do sistema de bem-estar e do socialismo, diante da hegemonia do neoliberalismo. Apesar da implantação do SUS no Brasil expressar uma relativa vitória diante da tendência neoliberal, Campos (2007) aponta dois grandes projetos sanitários presentes na sociedade brasileira, a tradição de sistemas nacionais de saúde, e a tradição liberal-privatista, constituindo duas polaridades. Afirma, contudo, que há uma ampla possibilidade de combinação entre essas tradições, de forma que a colocação delas como dois polos é didática.

O modelo liberal-privatista é, em geral, apoiado pelos prestadores privados que tem nos médicos, principalmente, sua principal organização técnica (organização da atenção e da oferta de serviços). A tradição dos sistemas nacionais, por sua vez, foi construída por trabalhadores em prol das políticas públicas e do socialismo (CAMPOS, 2007). O SUS era, portanto, uma reforma incompleta, pois vinha ocorrendo de forma heterogênea, havendo desigualdades no atendimento às necessidades e na utilização dos serviços de saúde, não sendo acessível a todos, inclusive àqueles que mais necessitavam dele, além de marcado por problemas de financiamento, de gestão do sistema e do trabalho em saúde (CAMPOS, 2007; YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). São mantidas as instituições privadas e filantrópicas com as quais o sistema público estabelece convênios, fator que contribui com a fragmentação do sistema, tornando-o um “híbrido” entre essas duas tradições (CAMPOS, 2007).

É nesse cenário que se deu a inserção do psicólogo na saúde pública, tendo sido, inicialmente, pelo campo da saúde mental, ainda em um momento em que o modelo de atendimento era hospitalocêntrico e prestado, em sua maioria, por instituições privadas. Tal modelo já dava sinais de esgotamento e, com o início do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, veio a demanda de serem criadas instituições substitutivas aos hospitais psiquiátricos (DIMENSTEIN, 1998).

A Psicologia é uma das profissões que vem somar a crítica ao modelo asilar vigente na época e às equipes formadas, predominantemente, por médicos, no campo da saúde mental. Sendo necessária a ampliação de técnicas de diagnóstico e de tratamento nesse novo paradigma, a equipe multiprofissional passou a assumir papel fundamental, na medida que só seria possível

realizar tal ampliação, bem como a supervisão e orientação do trabalho, com a presença de profissionais de áreas diferentes (DIMENSTEIN, 1998).

A categoria passa, então, a enfrentar deslocamentos nos âmbitos de atuação e formação, marcando a transição da condição de profissional liberal para trabalhador social, assalariado, dentro de uma equipe multiprofissional. É importante ressaltar que esse movimento, entretanto, é de caráter emergente, visto que ainda prevalece fortemente a atuação do psicólogo na clínica privada, bem como a transposição desses modelos de atuação para o setor público, sendo demandado pela própria clientela e instituição (DIMENSTEIN, 2001; FERREIRA NETO, 2011).

2.2 A profissão de psicólogo no Brasil

O percurso histórico da Psicologia no Brasil produziu uma imagem da profissão que estabeleceu demandas da sociedade para a categoria e contribuiu com a construção de uma cultura profissional. Em meio a este debate é válido destacar dois estudos que se dedicaram a abordar a caracterização da profissão no território nacional. Em 1988 é publicado o livro “*Quem é o psicólogo brasileiro?*”, resultado de uma pesquisa promovida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) acerca da profissão de psicólogo no Brasil, causando impactos na imagem da categoria no país (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010). A partir da segunda metade dos anos 1990 houve um crescimento de cursos de graduação em Psicologia e consequente mudança das diretrizes curriculares que haviam sido estabelecidas em 1962. Assim, uma nova geração de profissionais ingressou no mercado, a partir de um marco regulatório, mas não havia um retrato dessa face mais recente da profissão. Até que entre 2006 e 2008 foi feita uma outra pesquisa sobre a profissão de psicólogo no Brasil, sendo esta iniciativa de um grupo de trabalho de Psicologia Organizacional e do Trabalho, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), com o apoio do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Tal pesquisa resultou no livro “*O trabalho do psicólogo no Brasil*”, publicado em 2010 (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010; YAMAMOTO, 2012).

Bastos, Gondim e Borges-Andrade (2010) apresentam uma comparação entre as duas pesquisas, buscando destacar mudanças e permanências da profissão no Brasil ao longo dos vinte anos que separam os estudos. Os dados sinalizam que houve um aumento das oportunidades no mercado de trabalho, entre o citado período, mas que este ainda não absorve todos os profissionais egressos da formação superior. No fim dos anos 1980 houve um

crescimento dos cursos de graduação em Psicologia, mas o número de inscritos no conselho era de aproximadamente 50% dos graduados no país. Os números indicavam a perda de um quantitativo de profissionais no que se refere à inserção no mercado de trabalho. Questionou-se o que o poderia justificar tal resultado, tendo sido apontada a escolha do curso como uma das direções desse cenário, uma vez que para muitos essa escolha não estava associada a um desejo de profissionalização. Além disso, restrições do mercado de trabalho também poderiam ser impeditivas da inserção de uma quantidade expressiva de psicólogos formados no Brasil.

A pesquisa realizada nos anos 2000 revelou um novo crescimento da profissão com expressiva expansão de cursos de graduação não mais tão concentrados nas capitais. Verificou-se um processo de interiorização da profissão, com distribuição mais homogênea deste no território nacional. O número de profissionais atuando em cidades do interior superou o percentual dos que atuavam em capitais, o que configurou uma importante mudança na profissão, possibilitando maior acesso aos serviços de Psicologia pela população brasileira (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010). A ampliação da inserção de profissionais de cidades de grande porte, passando para cidades de médio e pequeno porte, evitou o colapso da profissão em um mercado saturado diante do crescimento de cursos de graduação (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011).

Ainda permaneceu uma defasagem entre o número de psicólogos formados e o número de inscritos nos conselhos, essa diferença, no entanto, revelou que mesmo havendo uma perda dos profissionais formados que não se inserem no mercado de trabalho enquanto psicólogos, houve também um aumento proporcional no percentual de profissionais inseridos (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010).

No estudo publicado em 1988 verificou-se que 30% dos psicólogos inscritos nos conselhos não atuavam no campo da Psicologia, ou porque estavam desempregados ou porque atuavam em outras ocupações. Apenas 45% viviam exclusivamente da profissão e 25% tinham outras atividades de caráter complementar. Vinte anos depois verificou-se o crescimento no número de psicólogos tanto atuando dentro da profissão, mesmo ainda tendo que conciliar com outras ocupações profissionais, como dos que viviam exclusivamente dela. Esses números podem ser tomados como indicadores de uma maior estruturação nas condições de trabalho. Ainda havia um percentual de aproximadamente 16% dos profissionais que não estavam inseridos no mercado de trabalho da área, sejam desempregados, sejam atuando em outro campo profissional (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010).

A profissão se estruturou no Brasil a partir do modelo médico, de profissional liberal, havendo nos anos 1980 uma maior porcentagem de profissionais inseridos no trabalho

autônomo (cerca de 41%), em detrimento do que foi encontrado na pesquisa dos anos 2000, em que verificou-se uma redução desse quantitativo, de forma que 28% atuavam como autônomos e 73% eram assalariados. Ou seja, houve um aumento no assalariamento do psicólogo inserido no serviço público, seguido do serviço privado e do terceiro setor, em menor proporção. O vínculo como autônomo apareceu como complementar ao trabalho assalariado. Apesar desses dados, em ambas as pesquisas verificou-se a predominância de atuação na clínica privada, além da combinação entre duas ou mais áreas de atuação como marca da profissão (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010; YAMAMOTO, 2012).

Nas duas pesquisas a clínica privada apareceu como área de predominância de atuação dos psicólogos. Entretanto, algumas mudanças passaram a contribuir com a formação de uma nova cara à Psicologia brasileira. Uma delas foi a emergência de uma área de atuação, a área da saúde, que, de acordo com a pesquisa dos anos 2000, era a segunda área de maior inserção de psicólogos no Brasil (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010).

Houve um crescimento da área organizacional, que passou a ser a terceira área de maior atuação dos psicólogos. Houve também uma expressiva queda no número de profissionais atuando na área escolar/educacional. As áreas jurídica e social apareceram, embora com um baixo percentual de psicólogos inseridos, o que indicava a consolidação de novos campos de atuação que ainda eram incipientes no contexto da primeira pesquisa. Também houve crescimento da docência em função da ampliação do ensino superior no Brasil e do aumento de cursos de graduação em Psicologia. Ainda permaneceu a tendência do psicólogo em combinar inserções em diferentes áreas de atuação profissional, sendo esta ainda mais aprofundada na segunda pesquisa, o que indicou a fragilidade do mercado de trabalho, que levava o profissional a ter mais de um emprego.

Essa crescente capacidade de o psicólogo transitar por duas, três ou até mais áreas de atuação coloca em pauta a própria discussão desse conceito que historicamente estrutura a forma de pensar o nosso campo profissional. Em que medida, quando se consideram as atividades efetivamente desenvolvidas, há limites nítidos entre as diferentes áreas? Isso é bastante claro, por exemplo, na sobreposição entre ações no campo da saúde e na área social e mesmo entre a saúde, a clínica e a própria organizacional e do trabalho com a crescente preocupação com a saúde do trabalhador. (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010, p. 262)

Entre os anos 1980 e os anos 2000 observou-se uma continuidade referente às atividades desenvolvidas pelos psicólogos, apesar de mudanças nas áreas de atuação e diversificação dos campos e locais de trabalho (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010). De acordo

com Yamamoto (2012) a prática tradicional e de maior privilégio da Psicologia no Brasil é centrada no trabalho autônomo, sendo o setor do bem-estar social um campo em que estão inseridos profissionais que possuem outro vínculo com o trabalho, um vínculo assalariado. Neste setor, o das políticas sociais, que engloba tanto a área da saúde como da assistência social, não há de forma mais sistemática e rigorosa mudanças efetivas na prática do psicólogo ao colocar seu foco de atenção para camadas mais amplas da população. Para Yamamoto (2012) há duas interpretações possíveis para esse fato: ou o profissional tem replicado técnicas já conhecidas por desconhecer outras, pois não estão sendo produzidas alternativas mais adequadas, ou o psicólogo está atendendo de forma adequada às demandas do serviço.

O estudo dos anos 2000 apontou que foi possível perceber a afinidade, em muitas atividades, entre as áreas clínica e saúde, porém era inegável que esse novo domínio de inserção profissional envolveu uma significativa ampliação das atividades e contextos de inserção dos psicólogos, que passaram a atuar em unidades de saúde de diferentes níveis de atenção e nos setores público e privado. Esse estudo indicou que o psicólogo vinha atuando para além da área clínica e substituindo intervenções de atendimento clínico por intervenções grupais com ênfase social (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010). Também foram citadas, embora em menor grau e de forma vaga, outras atividades que caracterizavam o campo das políticas sociais, ou seja, a participação em equipe técnica e planejamento e execução de projetos. (YAMAMOTO, 2012).

Entre as áreas de atuação, a de organizacional e docência foram as que mais apresentaram atividades específicas, diferindo-se mais das outras. Entre as áreas de clínica, saúde e educação verificou-se maior similaridade das atividades desenvolvidas. As atividades de avaliação psicológica, psicodiagnóstico e aplicação de testes, por exemplo, estavam presentes nos mais diversos domínios, dentre eles o campo das políticas sociais (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010; YAMAMOTO, 2012). Junto a essas técnicas que fazem parte do escopo técnico da profissão nas mais diversas áreas, na pesquisa realizada nos anos 2000 os psicólogos que atuavam no campo das políticas sociais também colocaram atendimentos a crianças com distúrbios de aprendizagem e psicoterapia individual como as atividades que mais desempenhavam na prática (YAMAMOTO, 2012).

Também estão em jogo na atuação profissional as escolhas realizadas pelo psicólogo ao longo de sua trajetória, bem como a satisfação e identificação com o contexto de trabalho. Ilustrando tal argumento, em uma pesquisa realizada por Dimenstein (2001), psicólogos alegaram que vinham buscando o serviço público por este se configurar como o campo de atuação que mais empregava a categoria e por trazer estabilidade financeira, diferentemente do

consultório. Alegaram também que ingressaram no serviço público de saúde por falta de outras opções no mercado de trabalho. No cenário dessa pesquisa, situada há 15 anos, o lugar do psicólogo no SUS vinha sendo consolidado, abrindo novas possibilidades no mercado de trabalho, fazendo-se necessária a reflexão acerca do compromisso social da categoria.

Essa discussão, levantada em 1983 por Campos (2010), questionava o compromisso do psicólogo com a sociedade na qual estava inserido, e se este assumia, com referência à sua prática, uma função social. Anos depois Yamamoto (2012) retoma essa questão ao afirmar que a profissão vem se orientando muito mais pela sua oferta de serviços do que pela construção de respostas a partir das demandas da população que atende. Ou seja, há um escopo de técnicas prontas que o profissional de Psicologia tem acesso e são estas que ele oferece às mais diversas populações. Faltaria a esse profissional a construção de novas práticas, tendo em vista as demandas do campo social? Ele não tem respondido às demandas da população?

Ainda em Campos (2010) é possível localizar uma outra questão que coloca em voga o debate acerca da possibilidade ou não da categoria em elaborar um saber sobre a dominação, uma *contrapsicologia*, uma Psicologia que denuncia a dominação. No momento da elaboração de sua questão, esta se fez pertinente diante da crise enfrentada pela categoria no mercado de trabalho, que a leva a expandir seus serviços a classes populacionais de menor renda. Os psicólogos que então se inserem nesses campos de atuação verificam uma falta de instrumental técnico para lidar com os problemas com os quais são confrontados. Ou melhor dizendo, a inadequação de seus instrumentos tradicionais de trabalho para lidar com as problemáticas que lhes aparecem enquanto decorrente da dominação de classes. Esse questionamento, entretanto, ainda é bastante atual, uma vez que verifica-se essa mudança da face da psicologia brasileira de forma gradual, como um processo em andamento.

Aprofundando essa discussão, Yamamoto (2012) propõe uma reflexão que pondere se considerar as demandas da população é o mesmo que dar respostas às suas necessidades. Essa questão está articulada à ideia de função social posta por Campos (2010), em que o psicólogo, enquanto profissional, tem compromisso com a sociedade na qual está inserido, de forma que assume, com referência à sua prática, uma função social. As atividades desempenhadas pelo psicólogo, muito mais do que reprodução de técnicas, devem ter compromisso com a sociedade que atende, devem ser contextualizadas e pensadas a partir das demandas dessa sociedade específica, arquitetando uma função social a essa categoria dentro de tal sociedade.

Yamamoto (2012) afirma que a Psicologia, assim como outras profissões, situa-se dentro dos marcos de uma sociedade capitalista, estando subordinada a ela e suas determinações de produção dominantes. Porém, ainda que situada nessa ordem, é possível e necessário

reconhecer a dimensão política da atuação profissional, tendo em vista que não cabe ao psicólogo um papel decisivo na transformação estrutural da sociedade, mas uma atuação articulada e contributiva às lutas populares e processos societários alternativos (YAMAMOTO, 2012).

Considerando a dispersão teórico-metodológica e heterogeneidade da Psicologia, Yamamoto (2012, p. 14) afirma:

Um projeto ético-político para a profissão não suprime, portanto, as divergências, mas deve ser construído, se possível, apesar da existência dessas diferenças e das suas contradições internas. Como se trata de uma proposta coletiva, construída por um sujeito coletivo (com a heterogeneidade que lhe é própria, como afirmamos acima), o projeto ético-político visa a atingir toda a categoria profissional. E, sendo construído por uma unidade de diversos, o projeto é, igualmente, não uma unicidade, mas uma unidade (possível). (...) Seria não um julgamento do que é aceitável, ou não, na prática profissional do psicólogo, mas o alinhamento com propostas coletivas alternativas. Dito de outra forma, em vez de qualificar as ações profissionais como socialmente comprometidas ou não, poderíamos pensar nelas vinculadas ou articuladas a um ou a outro projeto ético-político profissional.

Em meio à reflexão sobre os instrumentos profissionais é dada a possibilidade à categoria de se apropriar dos meios de produção da Psicologia, desvendando seus não-ditos, embora presentes no interior de sua prática (CAMPOS, 2010). Tal apropriação e reflexão dos instrumentos profissionais não deve ser feita unicamente diante dos contextos de prática, mas precisa contar também com a discussão acerca da formação da categoria.

2.3 A formação universitária do psicólogo brasileiro

Diante desse novo contexto para o qual é convocado, o psicólogo se vê frente a questões políticas e sociais que atravessam o seu campo de atuação e o tiram do suporte de uma suposta unidade da Psicologia, apontando para a fragilidade das práticas tradicionais (ANDRADE; MORATO, 2004). Esse debate acaba por refletir na formação profissional, entendendo-se que as mudanças nas práticas do psicólogo não devem se dar apenas nos contextos de atuação, mas também na academia, visto que este é um espaço de grande importância de preparação da inserção do profissional na realidade em que irá exercer sua prática. Sendo assim, a formação deve estar afinada com as demandas da sociedade para a categoria.

Entre a década de 1980 e os anos 2000 o sistema formador cresceu 300%, tendo o processo de privatização dos cursos passado de 70% para 90% nos anos 2000 (YAMAMOTO,

2012). Sendo assim, a participação de profissionais egressos de instituições privadas aumentou consideravelmente, o que consequentemente afetou o perfil do exercício profissional, que passou a ser, de forma dominante, resultado da formação na rede privada (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010).

Os cursos de Psicologia no Brasil sempre tiveram forte ligação com os campos de prática, de forma que, com a inserção do psicólogo no campo de atuação público, houve necessidade em transformar as diretrizes curriculares. A formação é um elemento crucial para o processo de desenvolvimento de atuações profissionais que produzam ações ético-políticas e, uma vez que sintonizada com o projeto político do SUS, garante a sustentação do mesmo, na medida que estimula novas formas de pensar o cuidado à saúde, implicando o profissional para o compromisso com o sistema (DIMENSTEIN; MACEDO, 2007; FERREIRA NETO, 2011).

No âmbito da saúde pública a formação profissional também deve preocupar-se com as transformações políticas e o contexto social brasileiro, possibilitando que a prática psicológica auxilie na manutenção do SUS e de seus princípios éticos de cuidado. Porém, o psicólogo formado, muitas vezes, não é agente da mudança, mas agente da manutenção de um status quo, de uma ordem social (CFP, 2013a).

São várias as psicologias; mas a verdade é que formamos um profissional sem haver clareza de qual será seu perfil de atuação psicossocial. Nem mesmo ele está ciente se a Psicologia que difunde é ou não elitista, em especial se trabalha com clientes privados. Há aqueles que buscam alternativas a esta realidade, como a dos serviços públicos – saúde pública, assistência social, educação pública – mas sentem-se ainda impotentes e despreparados para a atuação na realidade, pois seu curso de formação não fez diferenciação para as demandas de classe diferenciadas. As produções científicas continuam sendo difundidas desconsiderando os sujeitos-das-demandas (apolíticas/pautadas na neutralidade científica). (CFP, 2013a, p. 16).

Esse debate deve ser levado adiante pensando o cenário da atenção básica, nível primário de atenção à saúde do SUS que se propõe à resolutividade de 80% dos casos, a partir de importantes estratégias como a promoção e a prevenção à saúde. A própria organização deste contexto de cuidado demanda intervenções das quais a Psicologia ainda parece pouco familiarizada, como será aprofundado a seguir.

2.4 A atenção básica e o NASF: caminhos para pensar a inserção da Psicologia

A atenção básica é um conjunto de ações, cujo objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde, sendo dirigida a populações

de territórios definidos. Organiza-se a partir do exercício de práticas de cuidado e gestão, pelo trabalho em equipe, considerando a dinamicidade e complexidade existente no território em que vivem tais populações. Deve ser o principal contato dos usuários, a porta de entrada e de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a).

A continuidade e a integralidade da atenção, a prevenção do cuidado, o atendimento centrado na família, a orientação e participação comunitária, a competência cultural e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema são características da forma de funcionamento da atenção básica. É um sistema complexo que demanda intervenções amplas em diversos âmbitos da realidade, o que exige a utilização de múltiplos saberes, tanto específicos da área de saúde, como de outros campos, tais como educação, lazer, gestão, etc. É um permanente exercício de interdisciplinaridade e intersetorialidade (BRASIL, 2010).

A fim de atender a populações mais vulneráveis, com baixo acesso aos serviços de saúde, que habitavam regiões brasileiras com escassez de recursos, viabilizando o SUS como um projeto de atenção universal, é criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que reorganiza a atenção básica, a partir de territórios, da prevenção, promoção e vigilância à saúde (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011; YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). O PSF partiu de programas bem sucedidos, como o Programa Médico da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007). Seu objetivo era desenvolver ações a favor da desmedicalização da sociedade e da humanização do atendimento em saúde. Ou seja, inserir as famílias na agenda de políticas sociais brasileiras, assim como também baratear custos em saúde. Tal programa vinha possibilitando a problematização do processo saúde-doença-cuidado sob um novo paradigma de práticas em saúde (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

Atualmente, denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), não mais programa, funciona a partir de equipes multiprofissionais, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), construídas dentro de seus respectivos territórios de atuação, sendo o meio prioritário para a expansão e consolidação da atenção básica. (BRASIL, 2011a). Compreende em atuações de equipes de saúde da família que ocorrem no território, principalmente em UBS que estão estrategicamente localizadas em determinada região geográfica, atendendo a uma população definida (BRASIL, 2010).

Estas equipes partem do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da área em que atuam para intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, oferecendo atenção integral, permanente e de qualidade. Além da unidade, os espaços comunitários e as residências são outros locais de atuação das equipes de saúde da família. Elas

são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Ainda podem ser ampliadas com a saúde bucal, contando com um dentista, um auxiliar e um técnico desta área (BRASIL, 2010).

A ESF tem se apresentado como importante componente de estruturação do sistema de saúde brasileiro e vem reordenando o modelo de atenção do SUS a partir de uma prática que objetiva substituir o modelo tradicional hospitalocêntrico, oferecendo o cuidado mais próximo às famílias e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

Em 2008 o NASF é instituído no Brasil, através da Portaria Nº 154, com o objetivo principal de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços à saúde, ampliando o escopo e a resolatividade de ações da atenção básica. É constituído por equipes de profissionais, de diferentes áreas de atuação, que compartilham com as equipes de saúde da família práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destas últimas (BRASIL, 2008). O NASF não possui unidade física independente e não é de livre acesso para atendimentos individuais e coletivos, devendo atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes de saúde da família, no apoio direto a elas (BRASIL, 2011a). Desta forma, não se constitui como porta de entrada do SUS.

O trabalho do NASF deve ter como foco o território de sua abrangência, tendo como prioridade o atendimento compartilhado e interdisciplinar, troca de saberes, capacitação e corresponsabilização, gerando experiência profissional para todos através da utilização de métodos como estudos de caso, reuniões de equipe, elaborações de projetos terapêuticos, atendimentos conjuntos, apoio matricial, etc. (BRASIL, 2010). Dessa forma, busca instituir a plena integralidade dos cuidados físico e mental aos usuários do SUS, por meio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde de família (BRASIL, 2008).

O atendimento direto e individualizado pelo NASF não é rotina e acontece a partir do encaminhamento da equipe de saúde da família e da discussão prévia do caso. Também estão incluídas nas atribuições do NASF as intervenções no território através das atividades de grupo, ações e projetos de saúde, trabalhos educativos, dentre outras, em articulação com a ESF e outros serviços (BRASIL, 2010).

A composição da equipe do NASF deve ser feita pelos gestores municipais e as equipes de saúde da família diante da identificação das necessidades locais mais recorrentes e do desenvolvimento de critérios de prioridade no território. O NASF também deve buscar reconhecer quais as principais demandas daquela população e, a partir daí, organizar suas ofertas (BRASIL, 2010).

Com a criação do NASF, é a primeira vez em que as ações em saúde mental são privilegiadas neste nível de atenção à saúde e não mais apenas em espaços especializados (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). A Portaria N° 154/2008 recomenda, no mínimo, um profissional de saúde mental em cada equipe NASF, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais

O campo da saúde mental pode ser definido como aquele que se constituiu, e vem se constituindo, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, sendo heterogêneo, multidisciplinar e plural, permeado por diversos saberes e práticas (RINALDI, 2006). Com o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em meados de 1978 (AMARANTE, 2010), gera-se a demanda para a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que acolham o indivíduo dentro do seu próprio contexto e que, juntos, formem uma rede de cuidados. A atenção básica ocupa papel de destaque dentro dessa rede, funcionando como organizadora das demandas em saúde mental do território (BRASIL, 2011b) e com maior possibilidade de intervir no espaço social em que a comunidade vive e em seus modos de vida (DIMENSTEIN et al., 2009).

A inserção do cuidado em saúde mental na atenção básica vem sendo um ponto bastante discutido na literatura, dada a importância de serem aprofundados estudos acerca da atuação dos profissionais de saúde da família nesse campo. A partir das equipes de NASF a Psicologia é convocada a atuar em saúde mental, neste nível de atenção à saúde, assim como os profissionais de Terapia Ocupacional e Psiquiatria (BRASIL, 2008).

A Portaria N° 154/2008 define ações de saúde mental como a atenção a usuários e familiares em situações de risco psicossocial ou doença mental, propiciando o acesso aos serviços de saúde e a reinserção social. Também faz parte do escopo dessas ações o combate ao sofrimento subjetivo associado a qualquer doença e questões de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos saudáveis, além de ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de drogas e ações de redução de danos. A atenção à saúde mental deve ser feita em uma rede de serviços, na qual o NASF deve integrar-se, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2008).

A inserção da Psicologia na atenção básica teve início nos anos 1980. A criação do PSF excluiu esta categoria da equipe mínima presente na atenção básica, gerando debates e controvérsias entre profissionais e Conselhos de Psicologia e tendo sido justificada a partir da convergência entre o modelo de saúde da família e o de saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, a assistência psicológica seria direcionada aos serviços substitutivos de atenção à saúde mental, compondo equipes de retaguarda à saúde da família. Apenas após a

instituição dos NASF, em 2008, é que a Psicologia retorna oficialmente como profissão reconhecida na atenção básica (JIMENEZ, 2011).

Ao mesmo tempo em que o NASF surge como uma novidade na forma de organizar a atenção à Saúde Mental na Atenção Básica, ele parece ter sido gestado no bojo de diferentes experiências de abordagem em Saúde Mental ocorridas no Brasil durante os anos de implantação da ESF, quando a psicologia esteve formalmente excluída dessa instância. (JIMENEZ, 2011, p. 131)

De acordo com Santos (2015) o aumento da produção acadêmica relativa à inserção da Psicologia na atenção básica ocorreu após a publicação da Portaria Nº 154/2008. É possível encontrar na literatura uma gama de trabalhos que se dedicam à discussão da atuação da Psicologia na atenção básica, apontando como principais entraves ao desenvolvimento de intervenções psicológicas, nesse nível de atenção, a dificuldade do trabalho em equipe, a ênfase na abordagem clínica tradicional, a baixa adesão dos usuários aos tratamentos propostos e o descompasso entre atuação psicológica e os pressupostos do SUS (DIMENSTEIN, 2000, 1998; DIMENSTEIN et al., 2009; JIMENEZ, 2011; NEPOMUCENO, 2014; OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007; SANTOS, 2015)

Segundo investigação realizada por Leite, Andrade e Bosi (2013) os psicólogos inseridos na atenção básica apontaram o apoio matricial como uma das principais estratégias desenvolvidas por eles, destacando também dentre as atividades mais citadas o trabalho com grupos preventivos e as visitas domiciliares. Em contrapartida, estes autores constataram que prevalece a visão hegemônica da Psicologia voltada para a prática clínica liberal, que acaba por influenciar as demandas na ESF para essa categoria, levando a uma tendência à realização de atividades curativas, de cunho individuais, corroborando com os achados de outros estudos. Mesmo diante de um vasto número de produções acadêmicas acerca da atuação da Psicologia na atenção básica e no NASF, os resultados das pesquisas acessadas apontam que é necessário dar continuidade aos estudos na área, a fim de consolidar as práticas psicológicas, dado o caráter recente do NASF e a história da categoria no contexto brasileiro.

Retomando um dos entraves apontados pela literatura, a atuação na atenção básica a partir do modelo da clínica tradicional, verificou-se que esta é uma questão que demanda atenção dos pesquisadores da área, uma vez que, dada a sua complexidade, é geradora de polêmicas e incertezas tanto no campo teórico como no campo prático. Justifica-se a ocorrência de tal modelo de atuação por haver uma transposição da prática psicológica de consultório para a saúde pública, além da deficiência na formação dos profissionais, do suposto status que a clínica tradicional pode proporcionar ao psicólogo e da configuração das políticas públicas, que

não apresentam claramente definições das atuações e do papel dos psicólogos na saúde pública (BÖING; CREPALDI; MORÉ, 2009).

Em vista de auxiliar a reflexão da prática psicológica no contexto das políticas públicas no Brasil, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) é uma ação do Sistema de Conselhos de Psicologia que tem como objetivo produzir informação qualificada, visando garantir o compromisso social da categoria e sua ampla participação nas políticas públicas.

Dentre as metas do Crepop estão, também, a ampliação da atuação da(o) psicóloga(o) na esfera pública, contribuindo para a expansão da Psicologia na sociedade e para a promoção dos Direitos Humanos, bem como a sistematização e disseminação do conhecimento da Psicologia e suas práticas nas políticas públicas, oferecendo referências para atuação profissional nesse campo. (CFP, 2013b, p. 19).

Após a criação dos NASF, o CFP (2010), através do CREPOP, desenvolveu uma investigação no campo da atenção primária acerca da atuação dos profissionais de Psicologia, colocando o atendimento individual como uma das práticas desenvolvidas por psicólogos mais recorrentes nesse campo. Os dados dessa pesquisa convergem com os resultados apresentados por outros estudos, inclusive alguns mais recentes, já apontados no texto, que tratam da Psicologia neste nível de atenção à saúde. Segundo Jimenez (2011) o mito de que a atenção básica é o nível de atenção à saúde que exige menos complexidade pois não utiliza de recursos tecnológicos sofisticados, é desfeito. Para a Psicologia, as demandas nesta instância, que se coloca como porta de entrada do SUS, envolvem problemas sociais, institucionais e econômicos que se presentificam através do sofrimento psíquico individual ou familiar. Lidar com tais demandas exige, portanto, alta competência técnica que solicita a integração de diversos recursos, o trabalho em equipe e a investigação permanente

Se faz importante a reflexão do quanto tem sido possível avançar, passados oito anos desde a implantação do NASF, de atuações calcadas numa prática psicológica dita tradicional, espelhada no modelo clínico liberal, para uma prática profissional ética e politicamente guiada, afinada com a realidade brasileira e as demandas da saúde pública.

3 REPRESENTAÇÕES, IDENTIDADE E PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Conforme explanado na seção anterior, a inserção da Psicologia no NASF vem sendo permeada de reflexões acerca da atuação psicológica e a necessidade de serem repensadas algumas práticas neste contexto. Diante disso, a presente seção situa essa questão dentro do campo das representações profissionais, aprofundando a discussão teórica com os conceitos de identidade profissional e práticas profissionais. O sistema das atividades profissionais é um sistema social, que, como outros, possui suas representações, suas práticas e suas identidades ligadas a um contexto, mas é também um sistema a parte, com suas próprias regulações. Assim, a atividade profissional funda-se a partir de representações mais ou menos coerentes e mais ou menos conscientizadas acerca do que é uma profissão e suas atividades (BLIN, 1997). Nesse sentido, sendo o NASF um campo de atividade profissional, a partir do exercício ocupacional são construídas representações profissionais que significam o contexto de atuação, balizando práticas e identidades profissionais.

3.1 As representações profissionais e o campo do trabalho

A teoria das representações profissionais não se endereça ao funcionamento de um sujeito isolado, mas o integra como elemento de um vasto sistema que inclui as relações com os outros, como o contexto institucional, que prescreve as normas e regras e define o status. Para se comunicar, se adaptar e agir em uma situação profissional, o indivíduo constrói representações profissionais partilhadas com outros, de forma que toda atividade profissional se situa em interações múltiplas entre os sujeitos e os grupos, que pressupõem de tais representações profissionais. Essas representações são veiculadas pelas imagens e palavras que circulam no discurso e materializam-se nas práticas. São fortemente contextualizadas, uma vez que o ator que as exprime o faz a partir de sua inserção em uma instituição, de seu meio de trabalho, destacando-se que são mais um veículo grupal do que individual (BLIN, 1997).

Dentro do campo das representações profissionais, Blin (1997) apresenta duas possíveis vertentes acerca desse conceito. Uma primeira, que define representações profissionais como as representações sobre as profissões, ou seja, reconstruções que o sujeito efetua a partir de elementos conhecidos em seu meio familiar, veiculados pelas mídias e/ou construídos nas práticas escolares. Nesse sentido, essas representações são compreendidas como um conjunto de ideias compartilhadas entre indivíduos sobre uma profissão, a representação social de uma

profissão. Para essa concepção, todas as pessoas podem representar uma profissão sem necessariamente exercê-la, uma vez que é uma representação social de um objeto – profissão – construída por indivíduos que não estão inseridos no contexto prático.

Na segunda vertente apontada por Blin (1997) e na qual ele próprio se apoia, as representações profissionais são compreendidas como representações ligadas ao trabalho, ao exercício de uma atividade laboral. Nesse sentido, considera que o meio profissional é gerador de representações específicas. As representações profissionais são as representações sociais elaboradas através da ação e da comunicação profissional, e são especificadas pelos contextos, pelos atores e pelos objetos pertinentes e úteis ao exercício das atividades profissionais. São produto e processo subjacentes às práticas desenvolvidas em contextos profissionais pelos indivíduos situados socialmente. É a maneira como os indivíduos representam sua profissão e as atividades a ela associadas, em um contexto de exercício particular (BLIN, 1997). Esta dissertação se inscreve nessa segunda vertente. Segundo Bataille et al. (1997 apud ALVES, 2016) as representações profissionais são um tipo específico de representações sociais, produzidas por um grupo profissional sobre objetos úteis em seu contexto de trabalho. Nem são conhecimentos científicos, nem senso comum, são saberes circunscritos e elaborados na ação e interação dos atores sobre um objeto que, diferente das representações sociais, é bastante conhecido dos sujeitos, tanto em termos técnico-científicos como em termos de acúmulo de experiência prática (ALVES, 2016).

Faz-se necessário tratar brevemente das representações sociais, destacando, porém, que a presente pesquisa não se inscreve em um estudo de representações sociais, uma vez que não elegeu um tema para construção enquanto possível objeto de representação. Entretanto, reconhece-se que as representações e práticas profissionais, conforme concebidas nesse estudo, derivam da tradição de investigação da teoria das representações sociais. Uma representação social é uma organização de imagens e linguagem, que recorta e simboliza ações e situações comuns. Pode ser entendida como uma modalidade de conhecimento particular que tem a função de elaborar os comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. É uma atividade psíquica através da qual os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserindo-se em grupos e em relações de trocas cotidianas. É um corpo organizado de conhecimentos. As representações sociais circulam, se cruzam e se cristalizam através da fala, do gesto, do encontro cotidiano. São conjuntos dinâmicos que promovem a produção de comportamentos e de relações com o ambiente. Representar algo não é só reproduzi-lo, mas principalmente reconstituí-lo, modifica-lo (MOSCOVICI, 1961).

Diferentemente das representações sociais de uma profissão, a construção das representações profissionais é largamente influenciada pelo status profissional dos atores e de seu exercício. O profissional possui uma representação de sua profissão que ele inclui no sistema de suas representações profissionais, enquanto outras pessoas possuem uma representação social daquela profissão (BLIN, 1997). Ou seja, as representações são específicas do grupo profissional que partilha de uma prática comum estabelecida a partir de uma atividade institucionalizada e regulamentada através de normas e reconhecida como útil perante a sociedade (RATINAUD, 2009). As representações profissionais devem suas especificidades a um contexto profissional que lhes dá sentido e que elas significam. Segundo Bataille (1997 apud RATINAUD, 2009), um contexto profissional engloba o quadro de atividades, a organização que regulamenta e reúne um grupo de indivíduos e grupos em interação e a instituição que a funda simbolicamente. A organização constitui em uma forma estável e estruturada da instituição, considerada como um sistema que faz interagir diferentes elementos (indivíduos, grupos, serviços, tecnologias) que preenchem funções em obediência a certas regras (BLIN, 1997).

As representações profissionais, são definidas como o conjunto de cognições descritivas (conhecimento), prescritivas (ação) e avaliativas (valores) sobre os objetos significativos e úteis à atividade profissional, estando organizadas em um campo estruturado, apresentando significação global. Um determinado conjunto de representações profissionais corresponde a um modelo profissional. Cada modelo se caracteriza por finalidades, conhecimentos, conceituações, valores, esquemas de ação, atitudes que embasam o viés profissional e orientam as escolhas (BLIN, 1997).

As representações profissionais estão ligadas ao grau de envolvimento e de implicação dos sujeitos e dos grupos dentro de suas atividades profissionais e, logo, são suscetíveis de transformações sob o efeito de modificações das condições das atividades ou do status. Os indivíduos não têm como possuir um conhecimento completo ou verdadeiro sobre determinado objeto, mas sim um conhecimento útil diante de mecanismos de focalização e de combate de incertezas. Dentro das situações de comunicação e de ação, o indivíduo é levado a estabilizar seu saber profissional relativo a certo objeto (BLIN, 1997).

As representações profissionais possuem três dimensões: funcional (cognições sobre os objetos significativos da prática); contextual (cognições sobre a organização e a instituição); identitária (cognições sobre os objetos ligadas ao jogo identitário entre o profissional ideal e o profissional real, diz respeito a motivações, projetos, competências profissionais que levam à

construção de um saber profissional e orientam condutas e práticas) (ABDALLA et al., 2010; BLIN, 1997).

Dentre as funções das representações profissionais destaca-se que estas participam, junto com outras cognições, da construção de um saber profissional. Esse saber, diferente do científico e do saber do senso comum, uma vez que é produzido dentro do contexto da atividade profissional, permite aos atores compreender e agir sobre a realidade a partir de um princípio de economia cognitiva (BLIN, 1997). Para Blin (1997) as representações profissionais constituem a base da comunicação profissional, sem que seja necessário aos atores definí-las, e permitem a resolução de problemas cotidianos que envolvem as atividades profissionais, sem que seja necessária uma grande mobilização cognitiva. As representações profissionais definem as identidades profissionais e protegem as especificidades dos grupos intra e interprofissionais.

As identidades construídas pelo processo de socialização profissional guardam as especificidades e as vantagens de um grupo profissional face a outros grupos. No interior de um mesmo campo profissional as representações marcam as identidades, as ideologias, os territórios e participam das tramas institucionais. As representações profissionais orientam as condutas e guiam as práticas profissionais, selecionam e filtram as informações provenientes da realidade para alinhar as práticas às representações e intervêm diretamente na definição da finalidade da situação profissional, orientando a escolha de abordagens cognitivas para efetuar uma tarefa. Elas explicam e legitimam para o indivíduo suas posições e suas rotinas e reforçam os pertencimentos grupais, mantendo as distâncias sociais entre os diferentes grupos (BLIN, 1997).

As representações elaboradas em situações de interação profissional refletem e protegem a identidade profissional e exercem, sobre as práticas exercidas pelos indivíduos e pelos grupos, muitas vezes um papel mais importante que as características objetivas das situações. Portanto, faz-se necessário analisar essas representações a partir das inserções profissionais dos indivíduos, dos valores status e práticas associados às inserções e do estudo do quanto essas representações são mobilizadas pelas identidades profissionais e pelas relações entre os grupos. Nessa perspectiva, o estudo das representações profissionais constitui um meio entre outros para compreender o significado das identidades, na medida que as representações lhe fornecem um quadro (BLIN, 1997).

3.2 Identidade profissional

A identidade é um conceito que vem sofrendo várias transformações desde sua concepção inicial, baseada em um essencialismo e na ideia de identidade única, integral e originária, sendo necessária a continuidade no estudo desse conceito, dada a mudança de paradigma em que foi construído e visto não ter sido dialeticamente superado, não havendo outros que o substituam. O conceito de identidade é dinâmico e, em geral, adotado para discutir sobre a inserção do sujeito no mundo e sua relação com os outros (COUTINHO; KRAWULSKI; SOARES, 2007).

Autores de diversos campos teóricos trazem contribuições para o desenvolvimento do conceito, tais como Hall (2006), que parte do campo dos Estudos Culturais. Seu livro “*A identidade cultural na pós-modernidade*” merece destaque, tendo se tornado uma referência dentre os estudos do conceito de identidade. Nele o autor aborda questões relacionadas à identidade cultural na modernidade tardia, partindo do pressuposto de que as identidades modernas estão sendo descentradas, deslocadas e fragmentadas. Sustenta essa afirmação a partir da ideia de que um tipo de mudança estrutural está transformando as sociedades modernas, fragmentando paisagens culturais de classe, gênero, raça, etnia, sexualidade e nacionalidade, que anteriormente forneciam sólidas localizações sociais aos indivíduos. Tais transformações vêm alterando a ideia que os indivíduos têm de si próprios como sujeitos integrados. Há uma perda do sentido de si estável que é chamada de deslocamento ou descentração do sujeito. Esse cenário configura uma “crise de identidade” para o indivíduo (HALL, 2006).

É válido lembrar que o conceito de identidade surgiu no campo da lógica, a partir da ideia de que as entidades são idênticas entre si, indo para o campo da filosofia, em que destacavam-se as noções de permanência, unicidade e singularidade. A identidade então se viu associada a diversos campos das ciências sociais e humanas, tornando-se objeto de estudo de diversos autores, tais como Ciampa e Erikson. De acordo com Gondim et al. (2010) a identidade passou a ser concebida como um fenômeno relacional, resultante da oposição entre o que há de comum e o que há de diferente, ou seja, o que faz com que o indivíduo se perceba como membro de um grupo, tanto quanto não membro de outros grupos. Logo, definir identidade social é reconhecer semelhanças internas ao grupo (endogrupo) e diferenças externas (exogrupo).

Tajfel (1972 apud DESCHAMPS; MOLINER, 2014) localiza a identidade social na base da avaliação do si mesmo, estando ela atrelada ao conhecimento do indivíduo relativo à sua pertença em grupos sociais e o significado emocional e avaliativo que esta produz. Nessa perspectiva, é a partir da pertença em diferentes grupos sociais que o indivíduo adquire uma identidade social que define seu lugar particular na sociedade (DESCHAMPS; MOLINER, 2014). A identidade social é um processo dialético que se desenrola no interior do indivíduo

(fatores intrapsíquicos), no espaço das relações individuais (fatores interindividuais) e no nível social e institucional (fatores intergrupais). É dialético porque tanto a identidade muda o sujeito, facilitando a incorporação de normas e valores do grupo social, como implica em uma participação ativa desse sujeito na construção da identidade grupal. O processo da identidade social faz a mediação da forma como os indivíduos e grupos percebem a organização da sociedade, sua estrutura, legitimidade e estabilidade (TORRES; CAMINO, 2013). O indivíduo é motivado a buscar um tipo de identidade social, através da diferenciação de outros grupos, que contribui com sua autoimagem positiva. Quanto maior for o sentimento de pertença em relação ao seu grupo, maior será a tendência à diferenciação entre endo e exogrupo, caracterizando o primeiro como positivo em relação ao segundo (DESCHAMPS; MOLINER, 2014; TORRES; CAMINO, 2013).

Blin (1997) afirma que há numerosos estudiosos do campo da identidade social, e destaca algumas orientações que norteiam o sentido de definição da identidade profissional e auxiliam na conexão desta com as representações profissionais. Nesse sentido, o autor ressalta o caráter paradoxal da identidade, que se construiu pela confrontação da similitude e da diferença. Situa, então, a noção de identidade no campo dos estudos sociais a partir de sua composição em dois polos: um polo individual, traduzido pela concepção de si, e um polo social, definido por um sistema de normas. O autor não privilegia nem um polo nem outro ao considerar a identidade profissional, e leva em conta a definição da identidade social enquanto uma articulação entre uma transação interna ao ator e uma transação externa entre ator, grupos e contexto profissional, ou seja, aqueles com quem este ator interage. Essa definição articula os componentes sociais e psicológicos ao interior de uma estrutura afetiva e cognitiva que permite ao indivíduo representar quem ele é e trocar com o meio social que o cerca.

Na literatura sobre trabalho e profissão, áreas de interesse ao presente estudo, o termo identidade é recorrente, destacando-se o campo da Sociologia das Profissões. Sendo assim, este trabalho se desenvolveu em uma interface com este campo, no qual buscou-se uma compreensão do fenômeno do trabalho e da construção das identidades, entendendo que estes são conceitos caros ao estudo das práticas e das lógicas operadas pelos psicólogos inseridos em um contexto específico de atuação. O campo da Sociologia das Profissões foi utilizado enquanto um alicerce teórico, em diálogo com a Psicologia Social. Sendo assim, os estudos de Sainsaulieu e Dubar serão tratados nesta seção a fim de localizar a compreensão desses autores dos constructos teóricos citados, em busca de enriquecer a discussão acerca do controverso conceito de identidade, no âmbito profissional.

O interesse dado ao estudo das profissões e dos grupos profissionais deve ser percebido dentro do quadro de relevância que trabalho e emprego vêm assumindo, tanto do ponto de vista social e econômico, como do ponto de vista individual e das identidades. A relação entre trabalho, profissão e identidade ganhou particular visibilidade em fins do século XX, destacando-se a obra de René Sainsaulieu, nos anos 1980, como uma referência importante, tendo sido aprofundada e continuada por estudiosos do campo da Sociologia das Profissões, como Claude Dubar (COSTA E SILVA; APARÍCIO, 2015).

Para Sainsaulieu (1994) o estudo sobre identidade está articulado à interseção entre diversas disciplinas (Psicologia, Sociologia, Antropologia, Ciências Políticas). Esse conceito coloca a problemática da construção social do sujeito individual pelos diversos processos de reconhecimento que ele pode receber de seus pares, seus círculos de pertencimento, de tradições culturais e forças coletivas. Uma sociedade não pode sobreviver se os indivíduos não encontrarem formas de se reconhecerem a fim de estabelecer a solidariedade e as complementaridades indispensáveis à vida coletiva. Os membros precisam se sentir pertencentes a ela. Entretanto, não é suficiente ser um cidadão formalmente reconhecido, é necessário também reconhecer-se e se fazer reconhecer em meio a uma complexidade de situações e de rupturas dos lugares sociais tradicionais (SAINSAULIEU, 1994)

A identidade constitui-se como objeto mesmo de socialização, ou seja, formar uma identidade entre os membros de uma sociedade tornou-se um imperativo de socialização necessário ao desenvolvimento. A socialização era vista pelos sociólogos como o lugar de reprodução dos funcionamentos de uma sociedade firmemente construída com base na pertinência de suas instituições primárias (família, religião, escola). Dentro dessa perspectiva, denominada por Sainsaulieu (1994) como culturalista, a identidade era tida como o resultado de um bom funcionamento das instituições de base, o que favorecia a manutenção da sociedade rural republicana. Mas, depois que a sociedade industrial invadiu essa paisagem, a sociedade rural foi transformada em sociedade de consumo e de organizações e as horas de trabalho passaram a consumir a maior parte dos momentos de atividade dos indivíduos. A identidade então coloriu-se das consequências sociais das práticas profissionais nesse novo contexto (SAINSAULIEU, 1994).

Segundo Dubar (2006), Sainsaulieu tentou perceber o funcionamento do processo de identificação a partir de organizações específicas, como a empresa. Suas investigações ganharam maior força em fins dos anos 1970 e início dos anos 1980 e levaram à constatação de que existia uma diversidade de discursos, crenças e práticas entre os trabalhadores assalariados que estavam dentro de uma mesma categoria sócio-profissional. Tal diversidade inviabilizou a

análise das práticas e discursos a partir da perspectiva que posicionava os indivíduos em categorias definidas a priori, consideradas determinantes às maneiras de fazer, sentir e julgar deles (DUBAR, 2006).

Do contrário, a identidade no trabalho diz respeito a um processo de diferenciação que os indivíduos buscam como um constante esforço de fundação de sua coerência pessoal. É a forma como o indivíduo elabora um sentido para si, diante de uma multiplicidade de papéis, e faz com que este seja reconhecido pelos pares (MACHADO, 2003). As empresas, então, tornam-se encarregadas do fardo da socialização, que, porém, não deve ser reduzido a essas instituições. As ciências sociais, em particular a Sociologia, cujo objeto é a compreensão das dinâmicas de coesão social, podem auxiliar as empresas ao elucidar as formas práticas da produção social das identidades que dependem delas e aquelas que dependem de outras esferas sociais (SAINSAULIEU, 1994).

Para Dubar (1988), Sainsaulieu propõe que as empresas não são apenas simples aparelhos de produção, de complexos isolados, profissionais ou organizacionais, e sim verdadeiras instituições sociais, como a escola e a Igreja, pois também são produtoras de identidades. Sendo assim, há uma função identitária dentro da empresa, que é um lugar importante de socialização para o indivíduo, podendo ser considerada uma instituição secundária, que modela atitudes e comportamentos e produz identidades profissionais e sociais (MACHADO, 2003).

Para além da formação de uma cultura corporativa, nas empresas há uma produção de múltiplos atores a partir de princípios de adesão e de compreensão intrínseca, que levam à criação de várias subculturas. Essa função cultural é, necessariamente, pluralista, uma vez que a empresa é um sistema social complexo (DUBAR, 1988). No universo do trabalho há uma pluralidade de modelos identitários que se distinguem pelos tipos de socialização compartilhadas entre os indivíduos e pelos modos de integração na empresa, resultando em uma variedade de lógicas, que costuram constantemente os interesses pessoais e coletivos (MACHADO, 2003).

Em meio a essa perspectiva, Dubar (2006) considera que as identidades profissionais são formas identitárias, no sentido Eu-Nós, que podem ser detectadas no campo das atividades de trabalho remuneradas. Essa noção se aproxima à de Sainsaulieu, das identidades no trabalho, que designam modelos culturais ou lógica de atores em organização. Dubar (2006) acresce a essa noção a ideia de que as identidades não estão atreladas apenas aos fatores relacionais, ou seja, dos atores dentro de um sistema de ação, mas também têm a ver com aspectos biográficos, como as trajetórias ao longo da vida de trabalho. As identidades profissionais são maneiras

socialmente reconhecidas dos indivíduos se identificarem uns aos outros no campo do trabalho e emprego (DUBAR, 2006).

Dubar (2006) não atrela a noção de identidade profissional às categorias que classificam os indivíduos em função de suas atividades de trabalho. Para ele, a partir de uma perspectiva existencialista/nominalista, a identidade não é aquilo que permanece idêntico, mas sim uma identificação contingente. É resultado de uma dupla operação linguística: diferenciação e generalização. A diferenciação visa a definição da diferença, o que torna o ser singular em relação a outros. Já a generalização, busca definir um ponto comum a uma classe de elementos. A identidade é, então, diferença e pertença. Tais operações consistem em um paradoxo da identidade enquanto aquilo que é único e ao mesmo tempo partilhado.

Para Dubar (2006) não há identidade sem alteridade e este autor recusa a considerar que existam pertencas essenciais. Portanto, não existem diferenças específicas a priori e permanentes entre os indivíduos, o que existem são modos de identificação que são variáveis ao longo da vida pessoal e da história coletiva, dependentes do contexto. São duas as formas de identificação: as identificações atribuídas pelos outros e as identificações reivindicadas por si próprio. É a relação entre esses dois processos que está na base da noção de formas identitárias.

Seguindo o caminho de Dubar, Vieira (2007) aponta que as identidades profissionais são as formas socialmente construídas de reconhecimento no campo do trabalho e do emprego, assim, o trabalho aparece como importante para o reconhecimento de si. O trabalho, seu lugar na sociedade e o sentido que lhe é atribuído parece construir uma dimensão central das identidades. O conceito de identidade aparece com duplo sentido, como formação do reconhecimento de si e do reconhecimento de si pelos outros. O trabalho ocupa posição central referente às formas de reconhecimento de si, de ser ator, de pertencer (VIEIRA, 2007). Para Vieira (2007, p. 7): “As identidades constituem modelos culturais de organização, formas de enfrentar o poder, que dependem tanto do trabalho, dos valores, crenças e representações empregados na atividade profissional, como dos espaços ocupados fora do trabalho.”

Tendo em vista que a identidade profissional corresponde à elaboração de um código comum relativo a uma atividade e dentro de uma estrutura identitária coletiva, Blin (1997, p. 187) propõe a seguinte definição: “a identidade profissional é uma rede de elementos particulares das representações profissionais, rede especificamente ativada em função de uma situação de interação e para responder a uma perspectiva de identificação/diferenciação em relação a grupos sociais ou profissionais.”

A identidade profissional é, então, compreendida como um processo, uma dinâmica contextualizada na interação, e não como uma forma estável e unívoca referente ao

pertencimento do ator a uma organização. As construções identitárias ativadas em uma situação envolvem a mobilização de certos esquemas de representação. As representações profissionais constituem os indicadores pertinentes das identidades profissionais, sendo tanto estáveis como temporários (BLIN, 1997).

O comportamento no trabalho tem a ver com a maneira como uma situação profissional é percebida e da significação que o indivíduo e o grupo lhe atribuem. Um mesmo ator porta inúmeras identidades profissionais, construídas a partir de identificações a grupos profissionais de pertença e de referência que se diferenciam a partir da linguagem e de códigos comuns, de poderes dentro da organização, de valores e de funções sociais (BLIN, 1997). A socialização no contexto profissional se dá através da interiorização de modos de pensar e de agir particulares, que são próprios aos grupos em determinados campos profissionais, levando à construção de identidades (ALVES, 2016), que por sua vez balizam as práticas.

3.3 Práticas profissionais

As representações orientam as práticas e lhes dão sentido, estruturando os discursos dos indivíduos referentes às suas atividades profissionais. De forma geral, a prática é tudo o que concerne à ação humana, ou seja, é a transformação intencional da realidade pelos homens, dizem respeito ao processo de transformação do real. A prática pode ser considerada como uma ação consciente, intencional e racional, que segue a execução de padrões regidos por normas, envolve o imprevisto em situações de urgência, a invenção quando os recursos são inadequados, bem como o uso da rotina por uma economia de funcionamento (BLIN, 1997). É uma estratégia para responder ao jogo identitário.

No campo das representações sociais, o estudo das práticas sociais vem adquirindo importância, uma vez que considera-se que as representações determinam as práticas, assim como as práticas determinam as representações, constituindo-se em pólos interdependentes a partir de uma relação dialética. Sendo assim, as representações sociais regulam as práticas sociais dos indivíduos, ao passo que emergem das diferentes práticas vivenciadas no cotidiano (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000).

No contexto do trabalho, as representações profissionais são instrumentos de uma prática e também expressão dessa prática e sua ancoragem em um meio profissional. As representações profissionais não são imediatamente transformadas em ações, mas constituem um nível de referência que estrutura ou pelo menos guia as intenções e o planejamento das ações. Também, as representações e as práticas profissionais se engendram mutuamente,

porém, enfatizar essa relação dialética não esclarece os processos e as condições que compõem essa relação (BLIN, 1997)

De acordo com Blin (1997, p. 142):

As práticas profissionais são sistemas complexos de ações e de comunicação socialmente investidos e submetidos simultaneamente aos jogos, socialmente e historicamente determinados, e à incerteza própria das interações entre os indivíduos participantes das atividades de um mesmo contexto profissional.

Santos (2016) aponta que no cenário das pesquisas brasileiras que analisam práticas profissionais, dentro do contexto de mudanças políticas, é necessário levar em consideração a negociação de saberes e a experiência vivida na atuação prática. O saber técnico-científico, o saber do senso comum, a cultura profissional e a experiência vivida a partir de uma atividade concreta são guias de orientação da prática profissional (SANTOS, 2016).

Nesse sentido, sob determinadas contingências, tais como políticas, é possível ocorrer a transformação das representações em função das práticas. Alves (2016) coloca que limites impostos pelo contexto de trabalho também configuram-se como fatores contingentes que modulam as práticas cotidianas. Gondim et al. (2010) indagam se há uma identidade homogênea entre os psicólogos, independentemente da área de atuação, ou se essa identidade seria heterogênea e demarcada por campo específico. Fazer essa questão é pertinente para a reflexão acerca do estágio em que se encontra a profissão em termos de formação, qualificação, produção de conhecimento e atuação. Além disso, essa discussão propicia a identificação de desafios e perspectivas futuras relacionadas ao crescimento e desenvolvimento da profissão, principalmente diante das demandas de inserção em diversos contextos.

Além de considerar a transformação das identidades e práticas em função dos contextos de atuação, cabe neste momento uma abertura para tratar brevemente as trajetórias profissionais, que dizem respeito às escolhas percorridas pelo indivíduo e que guiam a inserção nos contextos de trabalho. De acordo com Planas (1995 apud FRANZOI, 2003) a trajetória é um conjunto de estratégias e vivências no marco de uma oferta social delimitada no tempo e no espaço. Partindo desta definição, Franzoi (2003) aprofunda o conceito, distinguindo dois tipos de trajetórias: as contínuas e as fragmentadas. O primeiro tipo refere-se ao desenvolvimento da trajetória dentro de uma mesma área de ocupação, ainda que possa ser marcada por períodos que se alternem entre com ocupação e sem. A principal característica desse tipo de trajetória é a sua consonância com o projeto elaborado pelo sujeito. Já o segundo tipo, trajetórias fragmentadas, refere-se ao caráter errático das ocupações, que são descontínuas em relação à

área e ao local de trabalho. Ao descrever as trajetórias fragmentadas, Franzoi (2003) faz alusão aos sujeitos que mudam de emprego constantemente, percorrendo diferentes profissões ao longo da vida. A discussão sobre trajetórias profissionais se fará pertinente à análise dos dados, servindo de base, em alguns momentos, à justificativa das práticas e formações identitárias dos psicólogos em NASF.

A presente pesquisa teve como objetivo geral investigar as representações profissionais de psicólogos no NASF. Para tal, percorreu os seguintes objetivos específicos: conhecer as trajetórias profissionais dos participantes; investigar as práticas profissionais dos psicólogos no âmbito da atenção básica; analisar identidades profissionais construídas no contexto de atuação.

4 MÉTODO

Para a realização desta pesquisa propôs-se a utilização de metodologia qualitativa. De acordo com Minayo (2014, p. 57), a metodologia qualitativa pode ser definida como: “o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.” As metodologias qualitativas compartilham o reconhecimento dado à subjetividade e ao simbólico como integrantes da realidade social. No interior das análises todas destacam o caráter indissociável entre subjetivo e objetivo, entre investigadores e atores sociais, entre fatos e significados e entre representações e estruturas (MINAYO, 2014). Esse método se configurou como um caminho analítico adequado à natureza das questões colocadas na presente pesquisa, pois enfatiza as dimensões subjetivas das formas de interpretar o mundo e a si mesmo.

Como técnica de coleta fez-se uso da entrevista qualitativa, assim denominada por Gaskell (2003) que aponta a versatilidade desse instrumento que pode variar desde a entrevista de levantamento fortemente estruturada, ou questionário, até a observação participante, ou etnografia, em que a ênfase é na imersão no campo e não na realização de perguntar. Segundo este autor tal instrumento de coleta fornece dados para a compreensão das relações entre os atores sociais e as situações que vivenciam, propondo ao cientista social uma aproximação com o mundo da vida dos participantes e esquemas interpretativos para compreender as narrativas dos atores em termos mais abstratos e conceituais, comparando-se a outros instrumentos.

4.1 Participantes

A pesquisa foi desenvolvida com oito psicólogos de Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), da cidade de Recife, Pernambuco. Os 94 bairros da cidade de Recife estão divididos em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), sendo, para o setor de saúde, cada uma correspondente a um Distrito Sanitário (DS) (RECIFE, 2014). Recentemente, os distritos III e VI foram divididos em dois, respectivamente III-VII e VI-VIII, o que configura uma organização atual da saúde em oito DS (ALBUQUERQUE et al., 2015). Nesses distritos, há um total de 21 equipes NASF (BRASIL, 2016). Dentre elas, foram escolhidos psicólogos de oito equipes para participar da pesquisa, um de cada DS, com o intuito de contemplar todas as regiões de saúde de Recife, uma vez que estas diferem em aspectos demográficos e sociais,

fatores que podem influenciar o delineamento das intervenções da equipe NASF, elaboradas a partir das necessidades do território.

Como citado, participaram da pesquisa oito profissionais formados em Psicologia, que atuavam em equipes de NASF na cidade de Recife, um em cada DS. Dentre os participantes, três eram formados em instituições de ensino públicas e os outros cinco em instituições privadas. Foram dados nomes fictícios aos entrevistados, que não guardam qualquer relação com seus nomes verdadeiros e foram escolhidos, ao invés de letras ou números, diante do tratamento realizado com os dados, que opta por trabalhar os indivíduos e não apenas categorias de análise, como será exposto a seguir. Os fatores de gênero, local de formação e vínculo empregatício não parecem ter influência nos resultados da pesquisa, de forma que não se fez necessária a apresentação desses dados. Os fatores tempo de formação e tempo de atuação em NASF serão apresentados na discussão, quando pertinente à argumentação teórica deste trabalho. Seguiu-se esta linha de exposição desses dados a fim de preservar a identidade dos entrevistados, que poderiam ser identificados por tais fatores, tendo em vista o número reduzido de profissionais de psicologia atuando em NASF na cidade em questão.

4.2 Instrumentos e materiais de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas qualitativas divididas em dois momentos: o primeiro em que a entrevista foi do tipo narrativa e o segundo em que foi do tipo semiestruturada. Optou-se pela utilização dessas duas técnicas de entrevistas, pois os dados a serem coletados iriam compor três pesquisas que vinham sendo desenvolvidas pelo Laboratório de Interação Social Humana (LABINT), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): a presente dissertação, a pesquisa de doutorado intitulada: *“(In)visibilidades no campo da saúde mental infanto-juvenil: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede”* (FÉLIX, 2017) e a prática de pesquisa intitulada *“Sofrimento psíquico infantil e representações sociais: um estudo com profissionais da atenção básica”* (CURSINO, 2016). Sendo assim, a utilização de duas técnicas de coleta possibilitou que fossem contemplados os objetos de pesquisa dos três estudos, que, no caso dos dois últimos era a saúde mental infanto-juvenil na atenção básica.

A entrevista narrativa serviu à primeira etapa da coleta, que tinha como objetivo estimular que os participantes contassem uma história sobre suas trajetórias profissionais. Pela narrativa as pessoas lembram o que aconteceu, organizam a história em uma sequência, encontram possíveis explicações para os fatos e se articulam com a cadeia de acontecimentos

que constroem sua vida individual e social. Assim, a entrevista narrativa tem o intuito de encorajar o informante, como é chamado o participante, a contar uma história de algum acontecimento importante em sua vida (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2003). As pessoas contam histórias de acordo com palavras e sentidos próprios de sua cultura e grupo social, portanto, esperou-se com esta etapa da entrevista que os informantes elaborassem um relato de suas trajetórias profissionais a partir de sentidos construídos em meio a um pertencimento grupal: ser psicólogo.

Já a entrevista semiestruturada integrou a segunda etapa da coleta, que tinha como principal objetivo conhecer a prática dos profissionais inseridos em NASF, bem como a organização da rede de saúde mental infantil, objeto de estudo da outra pesquisa. A entrevista semiestruturada é orientada por um roteiro utilizado como referência para os temas que devem permeá-la, não havendo rigidez quanto à ordem em que os temas serão abordados (GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2006). Seu objetivo para a presente pesquisa foi permitir a fala dos participantes acerca de suas práticas profissionais, ressaltando possíveis elementos (motivações, rupturas, etc.) integrantes de suas representações e identidades profissionais que justificassem tais práticas.

Na entrevista semiestruturada o pesquisador busca conhecer o universo mais amplo da experiência do sujeito, sendo fundamental a construção de um roteiro cuidadoso que possibilite a expressão da riqueza de acontecimentos vivenciados pelo participante e que auxilie o pesquisador na análise dos dados. É um instrumento que traz a experiência do sujeito através de um relato feito por ele mesmo (TRINDADE; MENANDRO; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2007), sendo produto da relação entre pesquisador e participante, e seu conteúdo não formado por concepções definidas, mas por elementos em processo (GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2006).

Os materiais utilizados nessas duas etapas de entrevista foram: roteiro, em formato de um tópico central, para guiar a entrevista narrativa (ver em anexo A); roteiro para entrevista semiestruturada (ver em anexo B); Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) (ver em anexo C); gravador de áudio; caderno e caneta para realizar anotações necessárias ao longo da entrevista.

4.3 Procedimento de coleta de dados

Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE, foi realizada a coleta dos dados entre dezembro de 2015 e março de 2016. Através do conhecimento da autora de

alguns profissionais dos NASF's de Recife, foi possível ter acesso a endereços eletrônicos e telefones de contato de psicólogos atuantes em NASF nesta cidade. De posse dessas informações, os profissionais foram contatados primeiramente via e-mail, sendo convidados a participarem das pesquisas. Com os que responderam à mensagem concordando em participar da pesquisa, foi agendado local e data sugeridos pelo participante, tendo sido realizado contato telefônico quando necessário. À medida que as pessoas foram consentindo em participar, as entrevistas iam sendo marcadas, uma a uma, e realizadas de imediato. Por eliminação, os profissionais dos distritos que não haviam respondido ao convite via e-mail foram contatados por telefone e convidados a participar da pesquisa. De forma geral, os profissionais contatados apresentaram disponibilidade e interesse relativos à participação.

As entrevistas foram marcadas individualmente, cada profissional em data, hora e local distintos. No primeiro momento as entrevistadoras apresentavam suas pesquisas, falando brevemente sobre objetivos e procedimentos de coleta. Em seguida era lido o TCLE em conjunto com o participante e solicitada sua assinatura, autorizando a gravação da entrevista e a utilização dos dados coletados para análise e composição das pesquisas. Por fim eram esclarecidas as etapas da entrevista (narrativa e semiestruturada) e dado início a esta, convidando o participante a contar sua trajetória profissional, desde a escolha pelo curso de Psicologia até a entrada no NASF.

Nesse primeiro momento o participante tinha espaço para falar livremente, sem qualquer interrupção, até que ele mesmo sinalizasse o fim de sua fala, através de expressões como “é isso”, “pronto”, dentre outras. Em seguida eram feitas questões relacionadas a essa primeira fala, retomando elementos que tenham ficado pouco esclarecidos ou que tenham sido pouco explorados pelo participante. Finalizada a primeira etapa, era dado início à segunda, da entrevista semiestruturada, demarcando a mudança ao entrevistado. O roteiro foi utilizado para guiar a entrevista, garantindo que todos os tópicos (cotidiano de trabalho no NASF, principais demandas ao psicólogo, entraves e dificuldades no trabalho, etc.) fossem abordados, independente da ordem. Ao fim da entrevista, questionava-se ao participante se este desejaria acrescentar algum elemento em sua fala e em seguida encerrada a coleta desligando o gravador, agradecendo a participação e reforçando a disponibilidade das pesquisadoras para esclarecer quaisquer eventuais dúvidas acerca dos estudos, quando necessário.

4.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida às regras do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 466 (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Dentre outras, essas normas estabelecem que, para contribuir com a pesquisa os participantes, necessariamente, precisam estar cientes de seus objetivos, procedimentos, riscos e benefícios, concordarem e assinarem o TCLE (ver anexo C) (BRASIL, 2012). A execução do estudo foi condicionada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, concedida sob o número de CAAE 47092615.4.0000.5208 (ver anexo D), e da anuência da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES), Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (ver anexo E).

A pesquisadora havia atuado em um NASF da cidade de Recife, enquanto psicóloga residente, por um período de seis meses, o que lhe possibilitou vivenciar através da prática o cotidiano de uma equipe NASF, bem como conhecer profissionais e usuários em alguns momentos citados nas coletas. Diante disto, além do pré-requisito da formação em Psicologia, foram escolhidos os participantes das equipes NASF que esta não conheceu diretamente ao longo de sua experiência em serviço. Tal escolha buscou minimizar possíveis influências às entrevistas, como gerar inibições nos participantes, mas ainda deixou a dúvida se deveria ser explicitado ou não aos entrevistados a experiência anterior desta pesquisadora. Entretanto, omitir a informação poderia ser também uma forma de viés, uma vez que é difícil não demonstrar cumplicidade e que a entrevista não demandava um particular sigilo em relação a este aspecto. Neste sentido, optou-se por dizer, de forma a reduzir o espaço hierárquico que por vezes se produz entre participantes e pesquisadores. Buscou-se uma aproximação genuína, empática, do tipo “já estive em seu lugar” e “sei do que você fala/sente”. Além disso, a participação de uma segunda pesquisadora, que falava de outro lugar e havia vivenciado outras experiências, auxiliou a construção de uma relação em tríade que diluiu possíveis entraves na troca entrevistador-entrevistado.

Os aspectos éticos não se esgotam nesse tópico, mas vão aparecer e serão discutidos em outros, como a seguir, na análise dos dados, e também na forma de restituir os resultados e de discutí-los nas seções cinco e seis, respectivamente.

4.5 Procedimento de análise de dados

Para análise dos dados obtidos a partir das entrevistas foi utilizado o método fenomenológico para estudos em Psicologia. Esse método, amplamente discutido e utilizado por Trindade, Menandro e Gianórdoli-Nascimento (2007), busca conhecer a experiência de

acordo com como foi ou é vivenciada, não se utilizando de hipóteses previamente definidas sobre o fenômeno investigado. Nas diferentes formas encontradas do método de base fenomenológica, os interesses dos pesquisadores têm em comum a busca na compreensão dos significados que os indivíduos atribuem às suas experiências e na forma como são construídas (estrutura dos significados). O principal objetivo desse método é analisar, detalhadamente, as percepções e concepções dos indivíduos estudados acerca de determinado fenômeno, muito mais do que buscar uma visão ampla e generalizada sobre o tema. Dessa forma, tal metodologia envolve uma análise do caso a caso, o que justifica amostras intencionais que vão levar a um grupo de indivíduos mais definido, para quem o estudo seja significativo, não havendo intenção em trazer resultados prescritivos (CHAPMAN; SMITH, 2002).

O interesse não é no individual, na subjetividade, e sim em como diferentes pessoas (diferentes psicólogos) vivenciam situações em comum (atuação profissional no NASF). A compreensão de um fenômeno está no modo como cada constituinte se relaciona com outros. O pesquisador busca, então, significados à medida que o sujeito descreve fatos vividos por ele, através de padrões constitutivos e estáveis e suas variações transitórias ou periféricas. (TRINDADE; MENANDRO; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2007).

Essa metodologia tem na entrevista o seu principal instrumento de coleta de dados, pois possibilita, como já apontado, explorar a compreensão que o indivíduo atribui às suas experiências e que traz a partir de seu discurso. Apesar de ser um relato individual, o participante fala de um lugar de experiência que compartilha com determinado grupo ao qual pertence (TRINDADE; MENANDRO; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2007). Nesse sentido, justifica-se a utilização desta metodologia de análise tendo em vista que foram investigadas as diferentes trajetórias dos participantes e que culminaram em um mesmo contexto, a atuação em NASF.

Para a escolha desse método, além da importância em avaliar se a entrevista é o instrumento que trará mais informações ao pesquisador, Trindade, Menandro e Gianórdoli-Nascimento (2007) também apontam como indispensável avaliar as condições para a viabilização do método, demonstrando a importância em haver tempo suficiente para a aproximação do pesquisador com o campo, os dados e, conseqüentemente, a possibilidade de uma análise profunda, que não seja atropelada por cronogramas apertados. Também é fundamental que o pesquisador possua disponibilidade para o envolvimento total com o método, as leituras exaustivas, considerando a complexidade do fenômeno que busca estudar.

Nesses dois pontos levantados o presente estudo mostrou-se adequado ao uso de tal metodologia, já tendo sido justificada a escolha das entrevistas enquanto principal instrumento

de coleta, e havendo total disponibilidade da pesquisadora para mergulhar no campo, pois o estudo partiu de um interesse pessoal, fruto de uma vivência no NASF, enquanto psicóloga residente.

Para análise dos dados à luz da metodologia fenomenológica para estudos psicológicos, Trindade, Menandro e Gianórdoli-Nascimento (2007) elencam 5 fases. A fase 1 consistiu na transcrição integral das entrevistas, não havendo qualquer omissão ou distorção de dados, ressaltando também aspectos emocionais. Na fase 2 foi realizada leitura exaustiva das entrevistas transcritas, visando determinar as unidades de significados, que foram constituídas por aspectos das falas dos participantes que a pesquisadora julgou importantes para o objetivo do estudo. Essas unidades são elementos que tanto podem estar presentes no próprio roteiro das entrevistas, como podem ter sido trazidos pelos participantes ao longo das entrevistas. Nessa etapa pôde-se descrever os conteúdos que compõem cada unidade de significado, a fim de facilitar a construção da etapa seguinte.

Tendo definido as unidades de significados, partiu-se para a fase 3, em que a pesquisadora buscou reorganizar as entrevistas de acordo com estas unidades, utilizando-se das transcrições literais. Nessa realocação não é necessário seguir a ordem em que os elementos foram verbalizados e um mesmo trecho de entrevista pode aparecer em mais de uma unidade de significado. Na fase 4, as falas literais foram convertidas para uma linguagem padronizada, com foco maior sob o fenômeno investigado. Sendo assim, a pesquisadora organizou os conteúdos das falas dos participantes, em cada unidade de significado, passando-os para terceira pessoa e sintetizando-os.

O método fenomenológico para estudos em Psicologia possui ainda uma quinta e última fase, em que as unidades de significado foram transformadas em uma estrutura que representa a articulação entre aspectos significativos de fenômenos vivenciados pelo participante, a fim de apresentá-la ao leitor nos resultados, possibilitando uma apreensão mais integral de cada participante, bem como da relação entre eles. Para tanto, foi construído um texto por participante, que integrou os conflitos abordados por cada um em suas experiências. Essa estrutura buscou deixar o relato o mais próximo possível da realidade do participante.

Assim, esse método de análise propiciou à pesquisadora conhecer seus entrevistados, suas trajetórias na Psicologia e a vivência atual em NASF, aspectos importantes para análise das representações profissionais e da construção de identidades e práticas. A estrutura de análise resultante dessa metodologia permite visualizar um sujeito integrado e complexo, indo além das separações de unidades fragmentárias que transformam o participante em categorias distanciadas. Os fenômenos analisados a partir dessa perspectiva metodológica são, em sua

maioria, complexos, dinâmicos e polêmicos (CHAPMAN; SMITH, 2002), tal como o estudo das representações profissionais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados a partir da proposta fenomenológica teve como norte a seguinte questão: como diferentes profissionais de psicologia vivenciam a atuação em NASF? Sendo assim, intentou-se, compreender como as representações profissionais compartilhadas em grupos orientam e justificam as práticas em NASF e mantêm e modificam identidades profissionais.

Todas as entrevistas foram reorganizadas a partir das unidades de significado: *Trajetória profissional; Atuação em NASF; e O psicólogo no NASF*. Estas unidades foram construídas a partir dos objetivos e do roteiro de entrevista. É preciso lembrar que para proposta fenomenológica de análise de dados, as unidades de sentido podem se traduzir nas questões propostas para as pessoas entrevistadas. A primeira unidade dividiu-se em escolha do curso, graduação, trajetória após a graduação e entrada no NASF. A segunda unidade de significado, *Atuação em NASF*, reuniu as falas dos participantes voltadas para a rotina de trabalho, tendo sido dividida em principais atividades desenvolvidas pela equipe NASF, pontos positivos do trabalho e entraves e dificuldades vivenciados no cotidiano. Já a última unidade de significado, *O psicólogo no NASF*, foi dividida em demandas ao psicólogo e condução da prática e resolução de conflitos. Essa unidade contou com as falas dos participantes referentes à especificidade de atuação da Psicologia na atenção básica, buscando identificar que casos são mais frequentemente designados para essa categoria, o que poderia levar a uma compreensão das expectativas atreladas ao psicólogo nesse contexto. Também nesta unidade foram selecionadas as falas dos participantes que fizeram referência à atuação deles enquanto psicólogos e às saídas encontradas no cotidiano para lidar com as expectativas e demandas à categoria, a partir das escolhas das práticas.

Os participantes são apresentados abaixo, um a um, compondo a fase 5 da análise dos dados.

Mariana

Mariana atua no NASF desde a implantação do serviço em Recife. Enquanto psicóloga, as principais demandas que chegam para ela são de crianças com dificuldade de aprendizagem, encaminhadas pelas escolas, casos de obesidade, violência e síndrome do pânico. A entrevistada afirma que a quantidade de demandas para ela é muito grande, de forma que não consegue dar

conta de acompanhar todos os casos, pois não executa atendimentos nos moldes de ambulatório. Assim, realiza o acompanhamento psicológico sistemático de alguns casos que têm buscado o serviço de forma mais recorrente, como síndromes do pânico e sobrepeso. Justifica a necessidade em realizar acompanhamento a tais casos, uma vez que localiza no território a dificuldade do ambulatório em realizar os atendimentos que lhes são devidos. Ou seja, o NASF não deveria fazer ambulatório, segundo Mariana, mas termina por fazer, em alguns casos, diante da defasagem de serviços na rede que deveriam se prestar a tal, sendo este um fator que gera uma demanda reprimida. A participante destaca, neste cenário, a dificuldade em trabalhar em rede com outros serviços de saúde. Além disso, aponta os atrasos salariais como um outro aspecto que gera entraves em sua prática. Diante desses entraves, a participante não vem realizando suas atividades rotineiras, tendo suspenso todos seus atendimentos. Esta foi uma maneira encontrada por Mariana para lidar com os conflitos impostos em seu cotidiano de trabalho.

Carlos

Carlos atua em NASF desde que o serviço foi implantado em Recife. Recebe, dentre as principais demandas para a Psicologia, casos de crianças com dificuldades na aprendizagem e desvios de comportamento, usuários de drogas, indivíduos com transtorno mental grave e em sofrimento psíquico de forma geral. O entrevistado caracteriza a demanda como sendo difusa, destacando que essas pessoas que chegam para a Psicologia possuem, em sua maioria, histórias de vidas sofridas. Sendo assim, no NASF o psicólogo é generalista, pois recebe todo tipo de demanda, fato que se coloca como um conflito para o entrevistado, que acredita não existir psicólogo generalista, uma vez que a formação não prepara para tal. De acordo com Carlos, o profissional deve escolher um campo de atuação para se aprofundar nele. Se esta escolha for pela clínica, deve optar também por uma abordagem teórica. O entrevistado defende que, mesmo dentro do contexto de SUS, no NASF, o trabalho da Psicologia exige um acompanhamento contínuo, em alguns casos semanal, o que não gera altos números de produtividade, de forma que, em certo momento era colocado o trabalho em grupo para dar conta de uma maior produtividade, mas que não dá conta de questões outras que necessitam do acompanhamento individual. Muitos dos casos atendidos pela Psicologia envolvem histórias de vida muito “duras”, de violência física e psíquica. No espaço da atenção básica, Carlos vê como saída ao acompanhamento dos casos a realização de pontuações diretivas e o uso de sugestões,

já que neste cenário não há uma constância nos atendimentos com uma mesma pessoa, comparando-o ao contexto do consultório privado. Carlos demarca que este tipo de intervenção não é realizado por ele em seu consultório, sendo mais frequente no contexto do NASF.

Júlia

Júlia atua em NASF há 2 anos. Recebe, como principais demandas à Psicologia, casos de ansiedade, luto, depressão e crianças ditas hiperativas. Identifica que há uma demanda muito grande para ser atendida, de forma que impossibilita o acompanhamento individualizado, nos moldes ambulatoriais, não sendo este tipo intervenção papel do NASF. A profissional compara a atuação em NASF com a atuação em consultório particular e aponta como principais diferenças o *setting* e o controle do tempo, destacando que no NASF as suas intervenções são mais diretivas do que as que realizava em consultório. Também sinalizou o uso de tais intervenções diretivas no hospital, onde atuou antes do NASF, tendo em vista que o tempo de permanência do paciente no internamento era sempre incerto. Segundo Júlia, na atuação em NASF o profissional se depara com o usuário em locais diversos, inclusive na casa deste sujeito, tendo contato direto com como ele vive, fator que se configura como um conflito entre o modelo de atuação em consultório privado e o modelo de atuação em NASF. Diante disso, ela procura realizar escutas aos usuários, estimulando-os a refletir sobre o que estão trazendo nesta conversa. Afirma que realiza atividades específicas à sua área de formação, tendo como norte a ideia de que não deve olhar apenas o “lado emocional” do usuário, mas este de forma integral. A expectativa das equipes de saúde da família em relação à atuação do psicólogo é um outro ponto de entrave, tendo em vista que, dentre tais equipes, circula a ideia de que o psicólogo é aquele profissional que deve dar conta de casos de usuários que “descompensam”. O psicólogo no NASF é colocado pela equipe de saúde da família como o profissional que irá dar conta do sofrimento do outro, pois tal sofrimento é insuportável para os outros profissionais. Diante disso, Júlia realizou um matriciamento em saúde mental com essas equipes, através de uma oficina, visando “desmistificar” a ideia que os demais profissionais da atenção básica possuíam acerca da saúde mental, trabalhando temas como crise, psicose e rede de atenção à saúde mental. Além disso, o matriciamento também visou deslocar o cuidado em saúde mental no território, colocado como exclusividade do psicólogo.

Flávia

Flávia entrou no NASF ao longo do primeiro ano da implantação deste serviço em Recife. As principais demandas que chegam para ela, encaminhadas pela equipe de saúde da família, são de casos de depressão, suicídio e uso de drogas. No caso de crianças envolve agitação, agressividade, hiperatividade e violência sexual. No trabalho em comunidades, identifica uma demanda social muito forte, que precisa ter maior foco do que as demandas individuais. É uma questão maior do que “somente emocional, psicológica”, uma vez que sua visão de sujeito está atrelada à noção de que este não é apenas o que se apresenta em um determinado momento, mas é resultado de um contexto. Dessa forma, não se identificava com a atuação em consultório particular, que para ela atende a uma classe mais favorecida economicamente, pois acredita que os problemas sociais demandam mais ao psicólogo do que as causas sociais. Para Flávia, portanto, no atendimento a comunidades os aspectos social, psicológico e biológico estão mais “misturados” do que nos casos que chegam ao consultório particular. Por outro lado, vê a psicoterapia como importante ferramenta para casos de vivência de traumas, apontando o foco no individual nesses casos. Flávia realiza acompanhamento individual ao usuário da comunidade, uma vez que não há para onde encaminhar, pois há dificuldade em conseguir vagas para o ambulatório de Psicologia. Reforça, então, que não exerce a Psicologia clínica em sua forma metodológica, mas que todo psicólogo precisa da clínica para trabalhar, inclusive os que estão em NASF. A Psicologia, neste contexto do NASF, é convocada com constância para assumir o lugar de “apaga fogo” em situações de urgência, de tal maneira que Flávia tem realizado mais intervenções individuais, com usuários e familiares, do que atividades grupais. De acordo com a entrevistada, é no trabalho coletivo que o profissional deve tentar se inserir. Em sua prática desenvolve grupos com usuários que possuem demandas próximas, como mães de crianças com dificuldades e pessoas com transtorno mental.

Ana

Ana ingressou no NASF, em Recife, após o primeiro ano de funcionamento deste serviço no município. As principais demandas que chegam para a Psicologia no NASF são referentes a mulheres em depressão, casos de esquizofrenia e síndrome do pânico, crianças rotuladas como hiperativas e conflitos familiares. Ana atua realizando escutas individuais e em

grupo, sendo o primeiro tipo de escuta mais dirigido a casos que denomina como “mais estabilizados”. Aponta que este é basicamente o trabalho que realiza no NASF, visto que não tem mais o que fazer para além de tais intervenções. Aponta a dificuldade de articulação com serviços da rede como um entrave em sua prática. Diante também das dificuldades de recursos pelas quais o NASF vem passando, os atendimentos ficaram muito mais reduzidos ao espaço do individual, uma vez que não há salas para fazer os grupos, bem como os profissionais, inclusive ela, não se sentem motivados a tal.

Laura

Laura atua em NASF desde o início da implantação deste serviço no município de Recife. Para ela, enquanto psicóloga, chegam demandas de saúde mental diversas, além de demandas escolares relativas a crianças com dificuldades de aprendizagem e diagnosticadas com autismo. Referente a tais demandas infantis, muitas estão atreladas a solicitação de laudos, documento que Laura não realiza, uma vez que não faz parte da sua abordagem de trabalho dentro do NASF. Se considera “psicóloga da família”, pois faz intervenções não só com o indivíduo, mas estende-se ao seu contexto familiar. A entrevistada relatou realizar escutas, tanto em grupo, como individualmente, apostando em uma intervenção que não se configura como psicoterapia. Essa escuta não está dentro de um modelo ambulatorial, mesmo existindo casos em que o acompanhamento é mais duradouro. Pontua diferenças entre a atuação do psicólogo em NASF, em ambulatório e em consultório particular, destacando que nestes dois últimos espaços é possível ter um controle maior de horários e locais fixos. Já no NASF, o profissional deve estar atento a fazer as escutas quando necessário e encaminhar os casos aos serviços adequados. Para Laura, no consultório há uma facilidade maior na realização da escuta, propiciada pelo setting. Já no NASF, muitas vezes é preciso escutar o usuário na rua, ou em outros espaços que fogem a esse modelo do consultório e ambulatório. Sendo assim, um desafio à psicologia no NASF é a atuação fora de um setting, sem um enquadre, tornando o próprio profissional o seu instrumento de trabalho.

Fábio

Fábio atua em NASF há 2 anos. As principais demandas que chegam para a Psicologia no NASF são de mulheres com casos de depressão leve ou ansiedade, crianças já diagnosticadas com TDAH e casos de saúde mental, denominados pelo entrevistado como variados, de todos os “tipos”, sendo difícil traçar um perfil. Na função de psicólogo, Fábio está mais à frente de tais casos de saúde mental e recebe auxílio em sua atuação através do matriciamento, realizado pelo CAPS transtorno com a atenção primária. Além disso, se vê também no papel de mediador de conflitos das equipes. Ainda no campo da atuação do psicólogo em NASF, Fábio levantou uma discussão referente ao acompanhamento individual, pontuando que este está preconizado, mas não nos moldes ambulatoriais, fator que gera conflitos entre os profissionais no que tange às intervenções. Para Fábio, esse acompanhamento individual se dá na perspectiva do Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹ e da co-responsabilidade entre as equipes. Esse acompanhamento individual por parte do NASF é potencializado quando há um vínculo com as equipes de saúde da família, uma vez que os casos que a Psicologia atende são complexos e demandam intervenções a longo prazo, de diversos saberes, fazendo-se necessária uma retaguarda de outros membros da equipe. Além disso, o entrevistado destacou que a temática do acompanhamento individual deveria ser mais discutida em “espaços *psi*”, uma vez que se faz presente, nesta categoria, a tradição pela escuta individual. Portanto, Fábio defende que é necessário repensar o modelo clássico de atuação, propiciando a reflexão acerca da inserção da Psicologia na clínica ampliada e do cuidado individual sistemático realizado pelo psicólogo, em NASF. O psicólogo, então, deve desconstruir sua identidade de formação e ressignificar sua prática, sem deixar de ser psicólogo. Seria um movimento de reformular sua identidade de formação sem, no entanto, descaracterizar a categoria.

João

João atua em NASF desde a implantação do serviço em Recife. As principais demandas que chegam a ele são de mulheres vítimas de violência, psicóticos, “deseestrutura familiar”, crianças com distúrbio de conduta, ditas hiperativas, que sofreram abuso sexual, ou que apresentam demandas diante de pais separados, indivíduos acumuladores e pessoas que passaram ou vão passar por cirurgia bariátrica. Enquanto psicólogo, João realiza intervenções que são próprias de seu núcleo profissional, como escuta e avaliação psicológica. Faz

¹ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, fruto de discussão em equipe interdisciplinar (BRASIL, 2010).

atendimentos individuais, em um modelo breve/focal, mesmo não sendo função do NASF, pois identifica demandas para tal entre os casos que recebe. Para João, o NASF deveria repensar o seu funcionamento, priorizando para a Psicologia as intervenções individuais, tendo em vista o alto número de casos que necessitam de acompanhamento individual. Para favorecer a sua atuação e tendo em vista a importância que João atribui aos atendimentos individuais, que priorizem a escuta e o sigilo, este criou um arranjo nas unidades de saúde, fixando alguns horários em salas para poder atender individualmente. Na condução desses atendimentos, a medida em que o indivíduo vai apresentando melhoras, João vai reduzindo a quantidade dos encontros mensais para que não se caracterize como atuação ambulatorial. Especificamente em relação às demandas da infância, João busca fazer encaminhamentos a outros espaços que possuam possibilidades maiores de acompanhar o caso, uma vez que não se vê com subsídios para atender crianças, por não ter formação na área infantil.

*

Foi possível perceber que as experiências vivenciadas por cada entrevistado se relacionam, aproximando-se e distanciando-se em diversos momentos, dando margens para a investigação das representações profissionais compartilhadas por eles. A análise das representações mobilizadas dentro de um quadro de situações profissionais envolve a inserção dos indivíduos em seu campo profissional, e os valores e práticas associadas a essa inserção. Para tanto, é necessário questionar se há uma homogeneidade ou heterogeneidade das representações profissionais entre uma população de um mesmo campo de atividades e, então, se interrogar sobre as identidades profissionais (BLIN, 1997). Esse é o caminho que balizou a discussão dos dados. Tendo em vista que as representações profissionais não se reduzem a apenas uma dimensão (BLIN, 1997), a discussão dos dados se deu a partir do prisma analítico das dimensões das representações profissionais, que são: dimensão funcional (relativas à função do psicólogo); dimensão contextual (relativas ao grau de pertença social e implicação); e a dimensão identitária (relativas ao entendimento do trabalho do psicólogo no NASF e das lógicas que o sustenta), inspirado no trabalho de Abdalla et al. (2010).

5.1 Dimensão funcional: o que faz um psicólogo?

A dimensão funcional das representações profissionais refere-se ao conjunto de cognições que, em articulação com os objetos úteis às práticas, elaboram a função profissional.

Para tentar uma aproximação à compreensão dos entrevistados sobre a função do psicólogo, este tópico da discussão percorreu desde as escolhas pelo curso de Psicologia, passando pela formação e caminhos vividos ao longo das trajetórias dos profissionais, em um intuito de pinçar elementos contributivos à delimitação da função do psicólogo para os participantes.

Na narrativa acerca de suas trajetórias os entrevistados relataram o que os levou a optar pelo curso de Psicologia. Essa escolha foi justificada por alguns profissionais a partir de características pessoais supostamente atreladas à imagem da Psicologia enquanto prática centrada na compreensão do sujeito, pautada pelo caráter da atenção individual.

Na verdade assim, eu sempre tive muita vontade de entender um pouco da mente humana, né? (...) Porque assim eu sempre questioneei muito assim o comportamento de algumas pessoas, observava, eu sou muito de observar e tal, e aí eu peguei e fiz Psicologia. (Mariana)

Acho que no começo é aquela coisa assim, aí eu encantada pela profissão, o fato de você lidar com o comportamento humano, poder ajudar de alguma forma. (Júlia)

É, eu escolhi psicologia, assim, por uma questão de... Assim, eu sempre tive muita facilidade em ouvir. E essa coisa assim de escutar, de me importar com as pessoas. (Laura)

De acordo com Dimenstein (2000) as ideias referentes às práticas dos psicólogos estão voltadas para o conhecimento da intimidade e individualidade dos indivíduos, caracterizando um dos aspectos mais importantes da cultura profissional, que responsabiliza a Psicologia a compreender o outro a partir do modo de ser do sujeito. Além disso, a autora afirma que o modelo de formação pautado pelo viés da clínica individual também contribui com essa definição limitada sobre o que é a atuação psicológica.

As justificativas dos participantes apresentadas acima estão fortemente imersas nessa representação do ser psicólogo atrelada à função de compreender o outro, ter facilidade em ouvir e se importar com os problemas alheios, sendo o consultório privado o principal meio de colocar esta função em prática. À Psicologia é atribuída a função de explicar processos psicológicos em situações em que reinam dúvidas sobre questões ditas enigmáticas (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). A valorização demasiada do psicólogo enquanto profissional liberal também serve como polo de atração para os que buscam a profissão, o que consequentemente continua reforçando a hegemonia desse modelo nos cursos de formação (DIMENSTEIN, 2000).

Essa imagem da profissão constrói uma representação social compartilhada pelas classes média e alta, principais consumidoras do modelo de atuação liberal da categoria. Os próprios indivíduos que ingressam na formação superior ainda partem, em sua maioria, dessas classes. Com a entrada na graduação e nos contextos de atuação prática, são construídas as representações profissionais que, como destaca Blin (1997), são representações sociais, mas não se desenvolvem a partir de um senso comum ou de um pensamento ingênuo entre os profissionais em uma situação de conhecimento, de ação e de implicação com suas atividades. Considera-se que a graduação demarca o início da modificação da representação social da Psicologia em direção da representação profissional, que irá sendo consolidada e constantemente transformada ao longo da prática. Entretanto, não se pode afirmar se há uma completa transição entre uma e outra, ou seja, se a representação social da profissão é completamente abandonada em função da representação profissional. Em certos momentos estas parecem convergir, entretanto os dados da presente pesquisa não são suficientes para responder a essa questionamento.

Para Dimenstein (2000, p. 104):

Os cursos de Psicologia têm se caracterizado ao longo dos anos por não possibilitar ao aluno o conhecimento dos aspectos sociais - históricos, políticos e ideológicos - que determinam sua prática e a realidade em que atua. A Psicologia que é ensinada nas nossas universidades tem a pretensão de ser apolítica, neutra, e justo por isto está embebida da ideologia dominante e conservadora das relações sociais. Assim, é uma Psicologia ingênua e ineficaz que a universidade termina promovendo, porque psicologizante e a-crítica dos modelos importados, o que leva a um distanciamento do social e uma aproximação ainda maior do aluno às ideias e valores hegemônicos da ideologia individualista que ele carrega, pois oriundo das classes médias urbanas.

Nos resultados apresentados no quadro 1, foi destacado que os profissionais não fizeram muitas referências ao período da graduação, “pulando” esta etapa da trajetória em suas narrativas. Entretanto, não foram todos que não citaram a graduação de forma espontânea. Fábio, por exemplo, destacou experiências vividas durante o curso voltadas ao âmbito da saúde pública e contextualizadas às demandas populacionais que, para ele, influenciaram o desempenho do que considera ser a função do psicólogo.

E eu fiz parte desse movimento (referindo-se ao projeto de extensão universitária) e acho que essa foi a minha primeira grande escola... escola mesmo, do que é o trabalho com a saúde comunitária, do que seria então o trabalho na atenção primária em saúde, do que seria o trabalho na atenção básica. E... É... A gente construía vínculos, ou fazia escuta... (...) Então eu comecei a me surpreender com os resultados que tinha... Da nossa, da nossa

escuta, ainda que a gente era... Que a gente fosse, né, iniciante nessa história da escuta tal... (Fábio)

Apesar de ter tido uma formação mais recente do que os outros participantes, o que lhe propiciou o contato com políticas, como a ESF, Fábio também apontou algumas críticas:

Olho pra minha formação e penso ‘poxa, quanta coisa eu poderia ter aprendido e não aprendi na minha graduação...’ (...) E eu me formei em 2008, né? Então, assim, era um curso defasado e eu acho que na Psicologia eu não vejo de uma maneira... Posso tá errado, posso tá errado porque não tenho tanta apropriação, mas, assim... Dentre outros cursos de saúde, talvez o que precise pensar de maneira mais radical, né, mais densamente, em nível nacional, a formação para o SUS, vamos dizer assim, a formação pras políticas públicas, inclusive o SUAS, seja a Psicologia.” (Fábio)

As críticas relativas à formação voltada para a clínica tradicional apareceram no discurso de outros entrevistados, como Carlos que, vale ressaltar, foi o participante que havia se formado há mais tempo.

A gente é formado pra trabalhar dentro do consultório atendendo, etc e tal. Psicólogo inclusive. Essa é a visão. Tá melhorando a formação, tá muito gente podendo fazer, né, um trabalho na atenção básica durante a graduação. (Carlos)

O CFP (2013a), em documento que discute sobre a formação profissional, pontua que não é o órgão responsável pela regulação e implementação dos currículos de Psicologia no país, mas que, por ser responsável pela ética profissional dessa categoria, deve também estar atento às discussões a respeito da formação. Sendo assim, aponta o currículo e o projeto político-pedagógico como dois elementos importantes na problematização da formação, afirmando que muitas instituições de ensino superior não têm se disposto a aprofundar a discussão política que responda às questões para quem e para quem serve a Psicologia no Brasil, produzindo uma prática alienada da realidade brasileira.

O documento critica que, mesmo possuindo um currículo de acordo com as demandas e necessidades da realidade brasileira para a categoria, com fundamentos e justificativas teóricas, muitas instituições de ensino superior ainda não fazem o que está escrito em seus projetos político-pedagógicos. Sustenta que a Psicologia, tanto enquanto ciência como enquanto profissão, tem um compromisso com determinada sociabilidade e com determinada política (CFP, 2013a).

Dentre alguns pontos citados pelo documento como entraves para a formação crítica do profissional de Psicologia, destaca-se o posicionamento do Conselho quanto à afirmação de que

a formação dos psicólogos brasileiros não corrobora com a reflexão sobre as consequências de suas intervenções para o indivíduo e para a sociedade. Em consonância com esta afirmação, foi possível perceber a dificuldade dos entrevistados em resgatar aspectos da graduação que tenham contribuído para a sua formação profissional, levando-os a supervalorizar o exercício da profissão em detrimento do estudo teórico, dicotomizando a relação teoria-prática, de forma que ao âmbito acadêmico “sobra” a pesquisa.

Tudo que eu tinha estudado, tudo que eu tinha feito aqui nas práticas de estágio, lá me ajudou, é... Mas foi pequeno em relação à vivência. (...) Então você tem que se virar. Assim, a gente sai um pouco do que tem no livro, a gente sai um pouco do que a gente escuta na sala de aula quando a gente se vê numa situação assim. (Flávia)

Mas eu percebo, eu me distanciei um pouco da academia em relação a essas questões, porque eu sempre, foi muito forte assim essa minha vontade de pesquisar (...) então nisso acho que a medida que eu fui entrando pro serviço público eu fui me afastando mais. Eu acho que a própria falta de tempo mesmo, você vai sendo absorvida por outras questões. (Ana)

Na Psicologia a articulação entre conhecimento teórico e prática é um tema constante. De acordo com Bastos, Gondim e Borges-Andrade (2010), a busca constante por aperfeiçoamento profissional via cursos, congressos, supervisões, etc., contribui para a criação de um mercado de formação paralelo às instituições de ensino superior. Nas duas pesquisas relativas à profissão do psicólogo no Brasil, em 1988 e 2008, os psicólogos reconheceram que havia grande distância entre o que aprenderam durante a formação universitária e as demandas do exercício profissional (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010).

Essa relação dicotômica entre teoria e prática também pode ser percebida a partir da análise sobre os motes de pesquisa em Psicologia que, em geral, são temas que não partem da inquietação de responder a demandas geradas a partir da prática com indivíduos e grupos, auxiliando a manutenção da distância entre formação, prática e pesquisa. Ainda nesse campo, a realidade em que o Brasil está inserido, em um modelo neoliberal presente na ciência e na formação, que valoriza a alta produção acadêmica, interfere também na relação entre pesquisa e prática, aumentando essa distância (CFP, 2013a). Flávia, uma das entrevistadas que supervalorizou a experiência prática em detrimento da formação acadêmica, reconheceu a importância do investimento teórico como um dos alicerces de sustentação do exercício profissional, entretanto colocou a própria atividade como impeditivo desse investimento teórico, exemplificando a contradição presente entre apontar a formação superior como

defasada diante das demandas da prática, e ao mesmo tempo colocar a prática como impeditivo para aperfeiçoamento técnico e teórico.

Eu penso em fazer, ter mais conhecimento, estudar mais, porque uma coisa que a gente precisa o tempo todo é tá estudando, mas profissionalmente eu gosto de ficar aqui (referindo-se ao NASF), sabe? (Flávia)

Destaca-se que um trabalho voltado para o estímulo da proximidade da graduação com a pós-graduação, nas instituições de ensino superior, poderia atuar na minimização do distanciamento entre teoria, prática e pesquisa, contribuindo com o próprio exercício profissional (CFP, 2013a). Fábio, como já citado, reconheceu aspectos de sua graduação importantes para a prática atual, e conseguiu manter ao longo de sua trajetória a integração entre teoria, pesquisa e prática, através de uma pós-graduação estimulada por inquietações geradas em sua atuação.

Tô fazendo mestrado em educação popular lá, né? E com um tema que parte dessa construção de vínculo com as famílias (refere-se às famílias atendidas pelas equipes de saúde da família), né? (Fábio)

O debate sobre a formação não se esgota neste tópico, sendo, por ora, importante considerar que esta inicia-se na graduação e perdura ao longo da trajetória, através da prática e sua articulação com a teoria. A discussão levantada até então procurou apontar as falas dos profissionais e achados da literatura que possuem relação com a construção do que é a função do psicólogo.

Os entrevistados deram ênfase à vivência prática enquanto consolidadora da função do psicólogo. Tais participantes tiveram as mais diversas trajetórias e experiências, tanto ao longo da graduação como depois desta, transitando em contextos de atuação hospitalar, de consultório privado, em ONG's, presídio, ambulatorios, CAPS, etc. Em meio a estas vivências, pode-se afirmar que variadas demandas se fizeram presentes e contribuíram com a construção da compreensão acerca da função do psicólogo. Entretanto, é interessante notar que, por mais diferentes que tenham sido os caminhos percorridos pelos participantes, estes compartilharam de uma mesma noção acerca da função atrelada à profissão, incluindo aqueles que possuíram contato ao longo da graduação com disciplinas curriculares que tratavam do SUS e de políticas de saúde, como a ESF.

(...) mas a gente precisa da clínica pra trabalhar com o NASF, né? Psicólogo do NASF precisa de Psicologia clínica, todo psicólogo precisa da escuta clínica pra trabalhar.” (Flávia)

(...) mas o trabalho do psicólogo é escuta. Ou em grupo ou individual ou compartilhada né? É escuta. (Laura)

A clínica tá sempre presente na atuação da gente, seja qual for o campo que a gente vai, a clínica tá presente, então a gente faz sempre essa escuta em qualquer situação. (Carlos)

Eu queria fazer um... Uma, uma formação ligada com a comunidade, né? Queria fazer a clínica, a escuta, porque eu sabia que era uma escola para todas as áreas de Psicologia, né? (Fábio)

De acordo com Lima e Nunes (2006, p. 299):

À escuta são atribuídos um caráter refinado, uma certa curiosidade desvelada em um estado de permanente atenção requintada por parte do psicólogo, além de uma ação de alerta e de interesse sobre a fala significativa, que reconstrói a história dos sujeitos, revelada a partir de seus sentimentos, emoções, desejos e conflitos. Os encontros clínicos são descritos como lugares privilegiados de acesso à subjetividade, de busca de autoconhecimento e crescimento. Neste sentido, as práticas psicológicas reivindicam o acesso à subjetividade no processo de saúde-doença-cuidado.

Além de ser considerada a principal ferramenta utilizada pelo psicólogo, a escuta diferencia a prática deste profissional de atividades que pertencem a outras categorias (LIMA; NUNES, 2006). À psicologia é guardado o acesso às subjetividades, feito através dessa escuta clínica, que demonstra ser norteadora da função do psicólogo. A escuta enquanto ferramenta crucial da função do psicólogo, aquela que dará espaço ao desvelar do subjetivo, das histórias individuais e da resolução de conflitos é, portanto, assentada na cultura profissional e no modelo de formação voltado para a atenção individual.

Para Dimenstein (2000), em meados de 1960 e 1970 no Brasil, o processo de modernização da sociedade brasileira e a ênfase na privatização e nuclearização da família, na ascensão social, na descoberta de si mesmo, na busca pela essência e na libertação das repressões, promoveram uma *psicologização* da vida cotidiana e um esvaziamento político. Tais ideais analíticos produziram um referencial estético, modelos identificatórios, uma representação ideal de sujeito (sujeito psicológico) e de práticas baseadas nesse modo de subjetividade, que se tornaram hegemônicas, no caso dos psicólogos, e definidoras de sua cultura e identidade profissionais (DIMENSTEIN, 2000).

É importante destacar que não está se fazendo uma oposição à escuta enquanto função do psicólogo e sim uma reflexão, que será aprofundada mais adiante, acerca de como tal função influencia as práticas desses profissionais no contexto de NASF. Ou seja, como os profissionais resgatam a dimensão funcional de sua representação profissional para pautar o exercício contextualizado da profissão. Nesse sentido, é válido recordar Blin (1997) quando este afirma que as representações profissionais não são fruto do senso comum, nem de conhecimentos científicos, mas da vivência prática em um contexto profissional.

A escuta clínica parece representar a função primordial do psicólogo para esses profissionais que atuam no NASF, endossando a cultura profissional da categoria. Cabe o questionamento acerca do que é feito dessa escuta na atenção básica. Segundo documento publicado pelo CFP, em 1992, referente às atribuições da categoria, o psicólogo que atua na atenção básica é considerado clínico, bem como aqueles que atuam em diversos outros contextos como consultório particular, hospitais, ambulatórios, dentre outros. O documento define a atuação do psicólogo clínico da seguinte forma:

Atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas. (CFP, 1992, p. 2)

Dentre as atividades descritas como dirigidas ao psicólogo clínico estão: os atendimentos individuais e em grupos, a realização de avaliação e diagnóstico psicológicos, aplicação de testes; atuação em equipe multidisciplinar, entre outras. Em relação à participação do psicólogo clínico em programas da atenção primária, em centros, postos de saúde e em comunidades, este profissional deve, segundo o documento, atuar na prevenção de doenças ou de agravamentos de fatores emocionais que comprometam o espaço psicológico. Apesar de não ser recente, o documento remete ao debate ainda atual sobre a clínica, que, na leitura dos participantes, abrange uma série de contextos, deixando uma ideia vaga na afirmativa de que a clínica é a base para toda atuação psicológica. Essa discussão deve seguir adiante, sendo afunilada para o contexto específico do NASF, em que a função do psicólogo apresentada neste tópico será confrontada com a prática na atenção básica.

5.2 Dimensão contextual: organização e jogo institucional

Do psicólogo no NASF espera-se a construção de respostas eficientes, junto com as equipes, para as mais variadas demandas de saúde mental existentes no território (JIMENEZ, 2011). Assim, o profissional é colocado diante de uma gama de possibilidades de intervenção (individual, coletiva, institucional, etc.) que pode desestabilizar certas identificações previamente construídas. Nesse sentido destaca-se a fala de dois participantes, Carlos e Laura, que defenderam a escuta como função do psicólogo, apoiada na dimensão da chamada clínica, e que ao se referirem ao contexto do NASF agregaram outros sentidos para tal função.

Não existe psicólogo generalista, a gente não tem essa formação. Você escolhe uma coisa e vai fazer. Quando você resolve ser clínico, você ainda tem que escolher a sua abordagem, porque é coisa demais. Mas o psicólogo do NASF é generalista. Querendo ou não. Todo tipo de demanda chega pra você. (Carlos)

É que no NASF, por exemplo, a gente é psicólogo da família, né? Tem a questão clínica que você vai ter sua escuta da sua abordagem mas você é o que? Você é um psicólogo da família. Então não vem só uma pessoa, se vier uma pessoa da família você não vai dizer ‘ah eu não vou ver mais ninguém da família porque eu já to vendo essa pessoa’, não! Você é psicólogo da família, até porque aquela pessoa que vem pra você ela é o sintoma de toda uma coisa que tá acontecendo. (Laura)

Ao ser situado o NASF como contexto, parece que há um deslizamento do chamado psicólogo clínico para o psicólogo generalista ou da família, ainda deixando resquícios de uma ideia vaga sobre a função. A delimitação do contexto implica o profissional em uma dinâmica institucional que irá interferir nas representações profissionais e na condução das práticas.

A dimensão contextual refere-se ao conjunto de cognições que concerne à organização e à instituição, tendo em vista os jogos institucionais que se interpelam no contexto do trabalho (ABDALLA et al., 2010; BLIN, 1997). Para a análise dos dados a partir dessa dimensão, a discussão seguiu o caminho da inserção dos profissionais no NASF, seguida de uma breve explanação referente às principais atividades desenvolvidas no contexto, finalizando no debate acerca dos entraves institucionais que se impõem à rotina de trabalho e que interferem nas práticas profissionais neste contexto.

Dos oito entrevistados, seis atuavam no NASF desde o início de sua implantação na cidade estudada, em meados de 2010, tendo incorporado as primeiras equipes dos distritos sanitários. Destes seis, todos possuíam vínculo celetista. Apenas dois entrevistados eram concursados e foram estes que ingressaram no NASF mais recentemente, há cerca de dois anos. A convergência entre a oportunidade de emprego e o desejo de atuar na atenção básica foi provocador da inserção no NASF para os profissionais que já haviam tido contato prévio com

a atuação da psicologia na ESF. Já outros participantes, que alegaram nunca ter tido contato com proposta semelhante ao NASF antes de ingressarem no serviço, justificaram sua inserção principalmente pela via da necessidade de emprego, tendo alguns deles se identificado ao trabalho, enquanto outros não. Os recortes de falas abaixo ilustram situações vividas por esses últimos profissionais:

Aí terminou a residência, dois anos, e aí em 2012 eu me vi assim: ‘pronto, agora fiz a residência, agora vou ter que trabalhar, o que é que vem?’ Aí eu comecei a fazer os concursos, né? Foi quando surgiu o concurso da prefeitura e eu fiz e passei. (...) Olha, quando chegou (referindo-se ao NASF) eu me vi assim, sabe, num mar de desconhecimento. Porque assim, eu ouvia falar de apoio matricial e eu não entendia direito. Eu disse ‘isso não faz sentido pra mim, apoio matricial...’ (Júlia)

Comecei, quando eu comecei aqui no NASF aí foi onde eu me encontrei porque eu sou muito hiperativa assim, sou muito agitada, eu não gosto de ter uma mesma rotina, de todo dia fazer a mesma coisa, isso me incomoda profundamente. (Mariana)

Aí sim, aí quando foi em 2010 eu vim, mas eu não tinha ideia do que era o NASF, mas quando nós participamos de um treinamento, assim uma capacitação que chamam, por cerca de dois meses quando a gente iniciou. (...) E aí pronto, eu até disse eu, eu não tenho perfil pra NASF não. (João)

Independente da forma como ingressaram no serviço e do vínculo empregatício, os discursos de todos os profissionais entrevistados convergiram no que dizia respeito às principais atividades presentes no cotidiano de trabalho. Foram elas: atendimentos individuais e em grupo, apoio matricial, reuniões de equipe, visitas domiciliares, dentre outras. A fala de Mariana apresenta de forma sucinta o desenho dessa rotina:

Bom, a gente tem um cronograma de atividades onde a gente tem, é, são oito equipes, a gente tem oito reuniões mensais com cada equipe, aí nessas reuniões aí são repassados os casos né, que eles... Primeiro porque eles que são a porta de entrada, então eles atendem, fazem meio que uma triagem, o que eles acham que precisa de acompanhamento da equipe NASF eles encaminham pra cá, pra gente, numa reunião de discussão de caso, né? A gente tenta não pegar esses casos nos corredores, porque muitas vezes acontece, né? (...) Porque aí na reunião tá enfermeiro, tá o dentista, tá agente de saúde, tá toda a equipe da gente também, porque a gente pode ter um olhar diferenciado. Aí nessas reuniões tem o matriciamento, tanto da equipe da gente quanto da equipe deles. (Mariana)

Além da descrição das atividades rotineiras, também foi unanimidade entre os profissionais entrevistados a presença de entraves no cotidiano de trabalho, relacionados principalmente à fragilidade da formação e ao baixo investimento na atenção básica, que

resultam em poucos recursos estruturais e humanos disponíveis aos profissionais. Sobre o entrave formativo, os entrevistados afirmaram terem passado por uma formação no início do trabalho no NASF, mas que a formação continuada não era garantida, o que os levou, muitas vezes, a buscar formação fora, em sua maior parte no âmbito privado.

Não tem formação nesse sentido para os profissionais, não tem estímulo por parte das gestões de produzir mais espaços de formação no serviço, não tem saberes, quer dizer, pessoas que tenham formação pra isso. (...) Você acaba tendo que pensar em fazer uma formação no privado para fortalecer o público. É uma das coisas que eu tô pensando em fazer. Uma formação clínica, uma especialização, particular, para fortalecer o trabalho do público. É uma coisa contraditória demais, meia doida. Mas... é uma opção. (Fábio)

Porque só abriu 2 vagas pra cada NASF. Sendo que a nossa equipe toda queria participar (...) Aí a gente pegou e foi questionar a nossa coordenadora por que é que, se é um curso de aperfeiçoamento para os profissionais, por que que não abriu pra todos os profissionais, né? (Mariana)

Nesse ponto, o debate sobre a formação é retomado partindo-se para a reflexão deste no contexto específico do SUS, das políticas públicas e do NASF. Scarcelli e Junqueira (2011) criticam que as instituições de saúde vêm se privando de transformar suas práticas em conhecimento científico, tendo este último sido deixado às instituições acadêmicas. Segundo as autoras:

É importante ressaltar que a sistematização de experiências em forma de registros exige um trabalho de questionamento e de avaliação das práticas, ao mesmo tempo em que permite a inscrição da história dos serviços e, provavelmente, maior envolvimento de trabalhadores como protagonistas da implantação do SUS. Além disso, tais registros podem, também, constituir importante fonte de informação para docentes, pesquisadores e graduandos que não têm os serviços de saúde como algo familiar ou que estudam os mesmos em outra perspectiva. (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 354)

Para além do debate, que não deve ser esquecido, acerca da importância do serviço garantir a formação continuada do profissional, a análise de Scarcelli e Junqueira (2011) é pertinente ao colocar que a transformação da prática em conhecimento científico leva, conseqüentemente, ao questionamento desta e a uma maior implicação do profissional com a manutenção do SUS. Essa afirmação leva à hipótese de que pode haver resistência, tanto por parte do profissional, como por parte da instituição e até mesmo da gestão, em garantir a formação e, com isso, abrir precedentes para se colocar em questão práticas institucionalizadas.

Além do entrave relativo à formação, várias outras dificuldades se repetiram nos discursos dos participantes, sendo uma das mais citadas a falta de recursos estruturais e humanos no contexto do trabalho. As falas abaixo exemplificam:

A dificuldade eu acho assim da infraestrutura, da falta de recursos humanos, entendeu? Porque nem todas as equipes do NASF estão completas. Então a falta de recursos humanos, a questão de transporte, entendeu? A gente antes tinha uma Kombi, tinham 3 carros e agora a gente tá com 2 carros pra 5 equipes do NASF, entendeu? (Júlia)

As visitas domiciliares foram muito prejudicadas agora, desde o final do ano passado é, foi retirado o... O carro. Se tinha um carro para dividir por duas, três equipes NASF, hoje não temos carro pra absolutamente nada. Então a gente vai no território, a gente fica altamente vulnerável. Então assim, a prática da gente tá bem reduzida né, desconheço quem esteja fazendo diferente. (Ana)

O discurso do sucateamento se fez presente na fala dos profissionais, que afirmaram que a situação de baixo investimento vem sendo vivenciada há pouco tempo. Acredita-se que este baixo investimento tem a ver com o momento de instabilidade política que atravessa o país, em que vem sendo vivenciados impasses na democracia e fragilidades de algumas políticas públicas, dentre elas a da atenção básica. Frente a tais adversidades, que se desenrolam em meio ao jogo institucional, os profissionais relataram assumir diferentes posturas. Recordando Blin (1997), as representações profissionais estão atreladas ao envolvimento dos sujeitos em suas atividades profissionais, de forma que tais representações são suscetíveis a mudanças diante de transformações nas condições das atividades. Em certos casos as dificuldades levaram à diminuição das atividades, tendo alguns participantes reconhecido que a falta de recursos é combinada com o pouco estímulo ao desenvolvimento da prática, tanto dos profissionais do NASF, como dos profissionais da equipe de saúde da família, de forma que um fator reforça o outro.

Mas hoje, eu posso dizer que a grand... a maioria das atividades do NASF hoje estão centradas em atendimentos individualizados e pontuais. Por que? Porque você não tem local pra fazer grupo, porque você, a unidade não comporta o grupo, porque é... os profissionais da unidade também não tão a fim de fazer... e muitas vezes os do NASF também não tá a fim de fazer. E nem tem condições de fazer, estruturalmente falando. (Ana)

Eu disse 'eu, Mariana, não vou fazer atendimento nenhum, porque eu não to com cabeça pra atender uma pessoa'. (...) Então assim, eu suspendi todos os meus atendimentos. Venho para as reuniões, todas as reuniões eu participo, agora atendimento e visita eu não vou fazer, entende? (Mariana)

Eu só não peço demissão, eu disse isso na última reunião, por quê? Como eu disse, eu não quero perder o tempo que eu fiquei né? Um direito que eu tenho né? Direito trabalhista, mas assim, cria muita angústia na gente, da gente ver que a gente não pode fazer muito, entendeu? É muito difícil assim, muito angustiante, e eu já pensei muitas vezes em jogar a toalha mesmo, ‘não vou fazer mais nada.’ (João)

A identificação à ocupação é ligada ao reconhecimento social de sua utilidade e é este reconhecimento que faz com que o sujeito queira permanecer naquela atividade ou não. O reconhecimento envolve, de forma articulada, tanto aspectos objetivos, tais como a remuneração, como aspectos subjetivos, que seriam gostar de desempenhar a profissão, por exemplo (FRANZOI, 2003). Os três participantes citados acima atribuíram aos aspectos objetivos a diminuição de reconhecimento profissional e, consequentemente, diminuição das atividades no contexto de trabalho. A saída encontrada por Mariana de não realizar atendimentos diante da situação precária em que se encontra o serviço e a sua possibilidade de atuação, com baixa autonomia e frente a limitações estruturais, é um exemplo do que Alves (2016) caracteriza como uma situação de constrangimento no meio do trabalho, que gera efeitos no exercício profissional.

Em situações sem constrangimentos, onde se dispõe de maior autonomia, os trabalhadores modificam os objetivos e os meios para evitar situações prejudiciais ao seu bem-estar. Tais modificações implicam, por exemplo, em aumentar o número de trabalhadores, estender prazos, melhorar e incrementar os instrumentos de trabalho, adequar as metas, entre outros. Porém, em situações com fortes constrangimentos e restrição de autonomia, quando a regulação destes aspectos é impossível, os efeitos são sentidos no estado interno como sobrecarga que pode gerar sofrimento. Diante desse quadro os trabalhadores lançam mão de outros meios para enfrentar o sofrimento e conseguir continuar trabalhando, dentre eles, constroem defesas individuais e coletivas. (ALVES, 2016, p. 323)

Em uma pesquisa realizada pelo CREPOP (CFP, 2010) com psicólogos atuantes na atenção primária, foram apontados diversos desafios e dificuldades ao desenvolvimento das ações profissionais, tais como: o grande número de atendimentos, a carga horária, o baixo salário e a carência de recursos materiais e humanos. Além disso, também foram apontados desafios decorrentes às deficiências nos cursos de graduação no tocante ao contexto do SUS e das políticas públicas, como já salientado, dificuldades na realização do trabalho em equipes multiprofissionais e entraves quanto à mudança nas concepções de saúde e de doença e, consequentemente, nos modelos de cuidado à saúde da população. Todas essas adversidades levantadas pela pesquisa do CREPOP (CFP, 2010) foram citadas pelos participantes do presente

estudo. Também foi apontado em ambas pesquisas as dificuldades dos profissionais em ampliarem sua atuação para além do modelo de atendimento individual.

Em outra pesquisa com profissionais de Psicologia inseridos no contexto da atenção básica, desenvolvida por Lima (2005), a autora destacou três tipos de trajetórias profissionais que estão atreladas às práticas, foram elas: as trajetórias de conflito, que leva o profissional à ociosidade; as trajetórias de reprodução, que conduzem à prática do tipo ambulatorial; e as trajetórias de construção, em que percebe-se uma abertura do profissional para atuações diferentes das intervenções transpostas do cenário dito tradicional. Os trechos de fala apresentados acima remetem à trajetória de conflito, em que os profissionais, frente a um contexto de adversidades, colocam-se em posição de ociosidade. Também foi possível perceber o uso de práticas reprodutivas da clínica tradicional (trajetória de reprodução) como saída às dificuldades encontradas no contexto institucional, como exemplificado pela fala de Ana:

Então, mas eu vejo assim, uma prática bem reduzida que a gente tem tido hoje. Tem que ser limitado a isso: a escuta qualificada que tem se limitado a intervenções pontuais, a de repente acionar a rede. Não mais do que isso. (Ana)

Em relação à trajetória de construção, segundo Lima (2005), há uma abertura maior do profissional ao uso de outras técnicas de intervenção, que denomina como atuação psicológica coletiva.

Em certo sentido, consideramos que o profissional cujo trabalho é organizado no enquadre grupal e na ampliação dos recursos técnicos para a intervenção, que ensaia trabalhos mais integrados e de cunho mais preventivo e de promoção da saúde dentro de UBSs, tende a ser aquele que apresenta uma certa abertura para construir um modelo de atuação psicológica apontado como mais adequado ao nível de assistência primário, sendo um tipo convergente do que definimos como atuação psicológica coletiva. (LIMA, 2005, p. 433)

Flávia é uma das profissionais que, por exemplo, desenvolveu uma atividade dentro da unidade de saúde que buscou o caminho da prática grupal e da prevenção e promoção de saúde, mesmo tendo reconhecido as dificuldades que enfrenta, principalmente diante das equipes de saúde da família, que muitas vezes não se implicam na realização das atividades coletivas. Esta profissional relatou que viveu uma experiência prática anterior ao NASF, recheada de percalços, mas que lhe possibilitou o desenvolvimento de intervenções para além do campo tradicional.

Tem também uma coisa positiva que é o grupo de saúde mental pós-alta que a gente tem aqui. Eu acho que só a gente que conseguiu fazer aqui, é... Esse grupo... E ele atende justamente a essa necessidade de ter um olhar para a pessoa com transtorno no território, não somente na crise, mas pra prevenção mesmo. E, assim, sai do CAPS, vem pro território. Antes eu fazia uma, um acompanhamento individual assim, uma vez no mês eu via a pessoa, mas aí agora a gente vê isso no grupo e é um grupo de convivência. (Flávia)

O contato prévio com a atuação psicológica na atenção básica remete também à trajetória contínua, descrita por Franzoi (2003), que tem como principal característica, além da permanência em uma mesma área de ocupação, a consonância com o projeto elaborado pelo indivíduo. Atrelado a isto, o contexto da participante possibilitou a criação da atividade descrita para dar conta das demandas presentes no território específico em que atua. É válido destacar que a discussão acerca das saídas encontradas pelos profissionais para lidarem com os entraves cotidianos não têm o intuito de atribuir valor a elas, e sim de propiciar o debate referente ao contexto do NASF e como esses profissionais o descrevem, dimensão que faz parte da análise das representações profissionais, situando o indivíduo em seu meio de atuação, onde irá construir e modificar práticas baseadas nas funções e identidades.

5.3 Dimensão identitária: quem é o psicólogo do NASF?

A terceira dimensão refere-se a cognições sobre objetos que estão ligados ao jogo identitário entre profissional ideal e profissional real, a motivações, projetos e competências profissionais que levam à construção de um saber profissional e orientam condutas e práticas. Destacou-se neste tópico o conflito presente na fala dos entrevistados acerca dos atendimentos individuais no NASF. O debate entre atividades individuais e em grupo está assentado no conflito entre a função do psicólogo e a função do psicólogo no NASF. Assim, partindo da concepção de Blin (1997) acerca dos campos de atividades profissionais enquanto produtores de identidades durante o curso do processo de socialização, indaga-se se no NASF os profissionais de Psicologia constroem identidades específicas, que se diferenciam das identidades de psicólogos em outros contextos de atuação.

Em uma pesquisa feita pelo CREPOP (CFP, 2010) sobre as práticas dos psicólogos na atenção básica foi apontado que a atuação desses profissionais ainda vinha se configurando e se consolidando como uma prática da Psicologia, tanto para os profissionais de saúde, incluindo os próprios psicólogos, como para os usuários dos serviços. Ao discutir sobre a inserção do psicólogo no NASF, Jimenez (2011) descreve as possibilidades interventivas frente à complexa

expectativa de que esta categoria responda de forma satisfatória a uma diversidade de demandas.

Assim, tal expectativa pode acarretar aos profissionais conflitos entre o profissional ideal, aquele que faz uso da escuta clínica em intervenções individuais, e o profissional real, que precisa dar conta das demandas difusas da atenção básica. Nos relatos colhidos, os profissionais afirmaram que no NASF o psicólogo deve estar disponível a atender uma demanda mais ampla em relação ao espaço de consultório individual, utilizando este contexto de atuação como referência e meio de comparação para o desenvolvimento de práticas. Assim, no jogo identitário profissional ideal *versus* real, os entrevistados parecem se utilizar de referenciais conhecidos, como o atendimento individual, para repensar a prática em um novo contexto que é o atendimento no NASF. Elementos “velhos” se unem a elementos “novos” em busca de uma estabilização entre identidades e práticas. É válido ressaltar que o adjetivo velho é atribuído a práticas profissionais da Psicologia que estão atreladas a contextos de atuação tradicionais, mas que, nem por isso, são velhas no sentido de ultrapassadas. A diferenciação novo e velho remete a intervenções diferentes de acordo com o contexto, sendo ele menos conhecido ou mais conhecido pelos profissionais.

Para Alves (2016) há contextos profissionais que forçam a repetição de determinadas práticas, sendo situações em que a autonomia é reduzida e que geram, conseqüentemente, um desequilíbrio cognitivo, uma vez que representações e práticas tornam-se contraditórias. Essas situações impõem dificuldades aos trabalhadores que os levam a buscar referenciais a partir de práticas ancoradas em concepções velhas, e que se tornam contraditórias em relação às representações. Diante da necessidade de reestabelecimento do equilíbrio cognitivo, gera-se uma transformação das representações, já que as práticas não podem ser modificadas, pois são impostas pelo contexto. (ALVES, 2016).

Se o que está em jogo é o conflito entre a função do psicólogo (ideal) e a função da Psicologia no NASF (real), parece que as equipes de saúde da família reforçam este embate ao direcionar à categoria “casos de saúde mental”, que segundo Scarcelli e Junqueira (2011), são comumente atrelados ao campo “psi”. Assim, foi possível notar na fala dos entrevistados um alinhamento entre as demandas que mais chegam para os psicólogos no NASF:

E a saúde mental de uma forma... Nessa área daqui é uma das coisas que a gente tem muitos casos. Da, de tudo que você imaginar dentro da saúde mental tem. De abandono, de tudo que você imaginar a gente encontra, de ta na rua... de tudo, tudo, tudo. (Laura)

Agora dos casos de saúde mental, aí meu amigo, você vai ter toda a diversidade possível e imaginável, você vai ter todas elas. (...) É o mais variado possível de casos. (Fábio)

Na equipe de saúde, mas principalmente com os ACS's, que é tudo assim 'descompensou, chama a psicóloga', sabe? E assim, a questão de um acolhimento, de você escutar o outro, de você se mostrar disponível pro outro. (Júlia)

Para Jimenez (2011), a demanda é um problema para os psicólogos na atenção básica, pois não há métodos, técnicas e respostas prontas a elas, que atenderão todas as necessidades das comunidades com que trabalham. Atrelado a isso, os profissionais das equipes de saúde da família possuem as suas próprias representações da Psicologia, que os coloca em posição de demandar aos psicólogos intervenções de cunho individual, que partem da cultura profissional construída em volta da noção do psicólogo como aquele que acolhe, escuta e auxilia os sujeitos a conhecerem a si mesmos.

Todo mundo tem a sua dor, mas são coisas desse nível, que precisam dessa escuta. Um acolhimento ou então uma escuta que você consiga dizer alguma coisa para aquela pessoa que ela consiga respirar, naquela hora. Pronto, eu acho que essa é a grande demanda que chega mais pra gente. Essa escuta. (Carlos)

Olhe, tem os atendimentos individuais que no meu caso é, responde pelo maior número das demandas das atividades, porque pelas razões que eu já disse né que a demanda é muito grande, né? Tem pessoas que vem pra N coisas, mas que precisa de uma escuta. (João)

Mesmo diante dessas dificuldades frente às demandas para a Psicologia, Jimenez (2011) aponta que existem possibilidades de ampliação das intervenções através de recursos que agregam instrumentos da clínica com contribuições das abordagens social e institucional, e sugere:

As abordagens em domicílio por meio de equipes volantes e o matriciamento são importantes ferramentas de cuidado para com os sujeitos e seus familiares, podendo ainda ser aliadas ao olhar criterioso e analítico para com a demanda, enquanto expressão subjetiva de sofrimento de uma dada coletividade. (JIMENEZ, 2011, p. 132)

Frente ao contexto da atenção básica, os profissionais dispõem de um rol de práticas que são ao mesmo tempo produto e processo das representações profissionais construídas ao longo do exercício laborativo. Para Blin (1997), um determinado conjunto de representações profissionais corresponde a um modelo profissional que, por sua vez, envolve esquemas de

ação, conceituações, valores, finalidades, atitudes e conhecimentos que se unem para direcionar escolhas e justificar ações. Pelas falas dos profissionais, foi possível perceber a existência de um modelo de atuação psicológico pautado pelo viés tradicional, muitas vezes utilizado para justificar as práticas de cunho individual realizadas por eles frente às demandas presentes no NASF.

Não é que eu faça ambulatório né? Mas às vezes a gente tem que atender aquela pessoa que tá precisando naquele momento de uma abordagem breve, focal mesmo. Entendeu? E o pessoal é muito carente, não tem pra onde ir. (João)

O pessoal sempre diz ‘ah no NASF não pode fazer ambulatório’. Não é ambulatório, porque de fato, não é ambulatório. Mas você precisa ter essa escuta e às vezes precisa de um acompanhamento um pouquinho maior. Laura

Os profissionais apontaram que é necessária uma atuação em NASF que vá além do atendimento individual, entretanto, destacam a importância desse tipo de intervenção para alguns casos que elencam maior sofrimento psíquico. Assim, há um retorno aos referenciais “velhos” da prática, que se fazem presentes através da justificativa de sua importância no novo contexto. De acordo com Santos (2016), na pesquisa de Alves (2016) esta última autora afirma que existem alguns paradigmas de atuação que misturam velhas e novas práticas atreladas ao passado e ao presente das políticas públicas e à disputa entre as concepções de saúde a partir da perspectiva da promoção e da perspectiva biomédica.

Nos resultados da pesquisa, foram colhidos relatos de profissionais que se utilizavam da mistura entre velhas e novas práticas, e de outros que permaneceram ligados exclusivamente às práticas tradicionais. João, por exemplo, na narrativa de sua trajetória, destacou o modelo de atendimento ambulatorial como aquele com o qual se identificava, pois via resultados. Este mesmo profissional, talvez em busca de uma manutenção identitária atrelada ao grupo em que se sentia pertencente, defendeu a reprodução do modelo de atendimento ambulatorial no NASF.

Veja bem, a dificuldade das salas como eu disse. Ai eu resolvi fazer uma escala nas unidades em que eu tivesse naquele instante uma sala disponível. Porque a gente não vai atender na recepção, não vai atender do lado de fora. A gente precisa de um local preservado né? Que garanta no mínimo um mínimo de sigilo né. Então, é.. ai eu fui vendo, conversando com o pessoal da, dos PSF, vendo com as equipes a disponibilidade de locais. (...) Então por conta disso aí eu fiquei com esses horários fixos nessas unidades, que isso não quer dizer que se precisar de outro dia pra eu ir pra uma visita, um atendimento emergencial, desde que tenha sala, eu não vá, eu vou. (...) Porque eu venho, já marco a agenda antes entendeu? Então hoje eu tenho esses locais, dias e horários fixos nessas

unidades e eu achei que ficou, achei não, tenho certeza que funciona, entendeu? Até porque a gente não tem muita outra alternativa. (João)

No sentido do que foi apontado por Lima (2005) em seu trabalho com profissionais da atenção básica, João estaria identificado à trajetória de reprodução, que leva à manutenção da atuação nos moldes da clínica tradicional. Tampouco desqualificando o uso desse tipo de intervenção na atenção básica, o que se pretende destacar neste debate não gira em torno da questão usar ou não usar intervenções individuais, e sim como e em que situações utilizar dessas intervenções, tendo em vista a importância e a necessidade do acompanhamento individual em diversos casos. Sobre a transposição de práticas tradicionais para o âmbito da saúde pública, Dimenstein (2000, p. 111) afirma:

Quando os psicólogos transpõem suas técnicas e teorias psicológicas para o atendimento das camadas populares, partem do pressuposto que esta população compartilha da mesma visão de mundo, que ela tem as mesmas representações de saúde/doença, corpo etc., e o mesmo modelo de subjetividade que fundamenta suas formas de atuação.

A autora alega que este tipo de prática terapêutica só é eficaz quando funciona enquanto sistema simbólico para o sujeito, ou seja, quando é capaz de lhe oferecer uma explicação, um sentido para seu sofrimento e vivências. Assim, psicólogo e paciente devem compartilhar de um mesmo projeto psicoterápico. De forma geral, os profissionais mostraram-se em conflito no que diz respeito à realização do acompanhamento individual e ao papel do psicólogo no NASF. Esse conflito intensificou-se em relatos referentes a casos de usuários em que os profissionais identificavam o acompanhamento individual como a intervenção mais pertinente.

Eu enquanto psicóloga assim, a demanda é enorme aqui dentro da, da unidade, ou como das outras também. A gente não consegue dar conta, não consegue, porque a gente aqui não faz ambulatorio. Embora que, apesar de que os ambulatorios estão com as demandas muito né? Tá no gargalo, não estão atendendo. Então aqueles casos como por exemplo pânico, que a gente tá vivenciando demais, sobrepeso, é, crianças com dificuldades nas escolas, é... Esses assim, a gente faz um acompanhamento, sabe? (Mariana)

O conflito presente na atuação em NASF referente aos atendimentos individuais levou alguns profissionais à dicotomização entre intervenções grupais e intervenções individuais, colocando-as em lugares contrários, ou sendo uma substituída pela outra a fim de dar conta do alto número de casos presentes.

Psicologia você vai passar um tempão lá, toda semana indo, pra fazer o seu acompanhamento. Então não dá resposta em termos de números. Aí se passou um tempo ‘não, tem que formar grupo, tal tal’. Mas nem tudo se trabalha em grupo. Tem situações que você tem que aprofundar no indivíduo mesmo. (Carlos)

Por exemplo, hoje, a gente juntou, e a gente fez esse grupo porque eu via que tinha uma demanda muito grande de mulheres que estavam em sofrimento, né? Sofrimento mental que não sabia conduzir ou que tinha perdido o sentido dessa vida delas, ou que tinham enfim... Então eram mulheres com histórias muito parecidas e a gente fazendo essa escuta. A gente fazendo essa escuta regularmente no consultório, eu digo: ‘vamo juntar essas mulheres, vamo fazer um grupo.’ (Ana)

A contraposição entre atendimentos individuais e em grupo parece ser uma questão assentada na dicotomia social-individual, que demarca intervenções distintas a indivíduos de diferentes classes sociais. Velho (1981) propõe uma hipótese, que mesmo tendo sido lançada há décadas atrás, se faz pertinente para esta discussão, referente ao atendimento *psi* a populações de classes sociais diferentes daquelas a que pertencem os profissionais. Mesmo correndo o risco de cair em generalizações excessivas, o autor aponta que profissionais *psi* (psiquiatras, psicanalistas, psicólogos) possuem dificuldades em lidar com indivíduos de classes e subculturas diferentes das suas, que são as que portam os “saberes oficiais”. Por mais que tenha pretensões de serem objetivos e universais, esses saberes, ou campos de conhecimento, são balizados e marcados culturalmente. As referências aos padrões de normalidade, à avaliação de trajetórias e de bem-estar pessoal partem de uma visão de mundo contaminada por ideias de eficiência e produtividade do “individualismo burguês” (VELHO, 1981). Um dos participantes levanta essa questão em sua fala:

Pelas relações que se constroem, assim, no modelo que já vem, é, de formação autoritária que produz na, na organização da equipe NASF, das equipes de saúde da família, uma relação autoritária com as pessoas, porque é como se toda educação em saúde, implicitamente, a equipe de saúde da família tivesse dizendo: ‘você são idiotas! Você não conseguem... É... Você não conhecem sobre saúde, sobre a vida de você, sobre saúde.’ (...) E tem preconceito com pobre também, sabe? Preconceito! Eu acho que tem um elitismo da... Da classe, principalmente, médica ainda, que tá posto, nesse sentido. (Fábio)

A citação de Velho (1981, p. 30) endossa o argumento: “Mas, em geral, a definição de realidade com que trabalham os terapeutas é bastante arbitrária, restrita e pouco sensível à diversidade das experiências sócio-culturais.” O ideário individualista possibilitou o desenvolvimento de saberes dentro de um campo *psi* voltado para um segmento da sociedade

moderna, a classe média urbana (DIMENSTEIN, 2000). Nesse mesmo sentido, Jimenez (2011) afirma que existe um risco em, generalizando as demandas através da compreensão clínica tradicional individualizante, o psicólogo se colocar como uma extensão do Estado que oprime e violenta seus cidadãos, promovendo a patologização e a manutenção das desigualdades e injustiças sociais. A Psicologia exerceu pouco o papel de questionadora e transformadora das instituições, contribuindo com a manutenção das estruturas sociais e das relações de poder. O psicólogo não tem clareza de como o conhecimento que utiliza é produzido e a quem beneficia, de forma que termina por contribuir com o controle social (DIMENSTEIN, 2000)

A mudança da clientela e demanda (do privado para o público) não seriam problema se não houvessem limitações teóricas e técnicas específicas de sua formação, que fundamentam seus modelos de atuação, sua identidade e cultura profissional. Assim, profissionais e pacientes, no campo da saúde pública, são provenientes de diferentes grupos sociais, o que implica em portarem diversas culturas somáticas (DIMENSTEIN, 2000).

Em outras palavras, a relação que os indivíduos mantêm com seus corpos, a forma de habitar, expressar e verbalizar as sensações corporais, tudo isso é fruto de um *habitus* corporal, de um conjunto de práticas sociais características de uma classe, logo escapam a qualquer tentativa de universalização e padronização. Estas questões são importantes pois nos ajudam a compreender os inúmeros impasses e identificar as raízes de um certo mal-estar estabelecido entre pacientes e terapeutas no campo da assistência pública à saúde, bem como a baixa eficácia das terapêuticas e o alto índice de abandono dos tratamentos por parte dos pacientes. (DIMENSTEIN, 2000, p. 110).

Segundo Yamamoto (2012) a atuação psicológica tem se orientado muito mais pela oferta de serviços já prontos, do que pela construção de respostas a partir das demandas das populações atendidas. O autor questiona, então, se faltaria ao profissional de Psicologia a construção de novas práticas diante das demandas do campo social. E mais, se considerar as demandas da população é sinônimo de dar respostas às suas necessidades. Por exemplo, realizar atendimentos individuais no setor público de saúde, mesmo se esta for uma demanda da população, é o suficiente para aumentar o alcance social da profissão? Yamamoto (2012) situa o setor do bem-estar como o campo que historicamente tem propiciado o alargamento do alcance social da profissão e critica a baixa participação da categoria na elaboração de políticas neste setor, meio no qual a Psicologia deveria se engajar.

Os dados da presente pesquisa não fornecem embasamento suficiente para responder a esse questionamento que, de toda forma, faz-se importante à discussão por promover reflexões acerca da pertinência das intervenções das quais os participantes lançam mão em suas práticas.

Dando possíveis direcionamentos a essa discussão, Yamamoto (2012) afirma toda ação profissional deve ser qualificada tecnicamente, mas que a competência técnica em si não é uma condição suficiente, nem tampouco adequada a qualquer situação.

Frente a um objeto estranho e problemático, que no contexto do NASF se faz presente através das demandas diversas ao psicólogo, como já visto, em algumas situações os profissionais recorrem à tradição psicológica para balizar suas práticas. Tendo em vista que as representações são elaboradas através da ação e mantêm a identidade de um grupo, o exercício prático nos moldes clássicos de atuação da Psicologia corrobora com essa representação profissional dos psicólogos, reforçando a identidade profissional da categoria, vinculada ao atendimento de demandas individuais. Isso não quer dizer que não sejam feitos questionamentos e contestações desse modelo por esses mesmos profissionais, demarcando o caráter múltiplo e contraditório da identidade, sujeita a mudanças a partir das práticas. Tampouco significa que a resposta a esse conflito está em abandonar práticas de cunho individual em prol de outros tipos de intervenções, como as grupais. Nesse sentido, destaca-se a fala de Fábio, participante que narrou sua trajetória inserida dentro do contexto de atuação comunitária, interrogando a intervenção psicológica na atenção básica:

Mas tem uma coisa que eu tenho vivido na pele, que tem a ver com a prática da Psicologia no NASF, na estratégia de saúde da família. Que é uma coisa que não tá resolvida pra mim. (...) É o acompanhamento individual a longo prazo. Esse é o embate do Recife, porque o NASF, ele se péla de medo de reproduzir ambulatório. Tem razão de ter esse medo, né? Se esquiva muito... Agora o que acontece, o NASF acaba se esquivando, se eximindo da responsabilidade de acompanhamento a longo prazo. Primeiro porque a equipe de saúde não faz isso a contento e segundo porque eles não querem se comprometer mesmo de pegar e tocar, não daria conta se fosse fazer sozinho esse acompanhamento. (Fábio)

Fábio propõe pensar que o acompanhamento individual é possível e necessário de ser feito no NASF, entretanto não nos moldes do ambulatório, nem tampouco no modelo de consultório privado.

Faço escuta de 15 em 15 dias. Não é nessa perspectiva da psicologia tradicional, individual, elitista, nem poderia ser (risos). Que de elitismo não tem nada, aquele usuário, aquele perfil, mas é um acompanhamento sistemático. Eu discuti isso com a coordenação e entre os psicólogos do distrito. (...) Até a nossa sugestão é que o maior estímulo seja de acompanhamento, é... De visita, como é? De consulta agendada, programada, que são visitas ou atendimentos individuais, de maneira geral. (...) Porque também eu discuti toda essa questão nesse espaço mais psi. Nesse espaço mais psi, sabe? E acho que é legal que venha desse espaço psi mesmo porque eu acho que tem uma, uma tradição, vamo falar essa palavra, desse espaço da valorização da escuta, do individual,

da escuta, do apoio mais individual. Que tem que ser repensado esse modelo clássico. (...) Não é a questão do divã, não é questão, mas é como a gente se insere na perspectiva da clínica ampliada, no cuidado individual sistemático do psicólogo do NASF na atenção básica, entendeu? (Fábio)

A reunião a que Fábio refere-se em sua fala ocorre mensalmente, com todos os psicólogos dos NASF's de Recife, e tem como objetivo discutir os entraves cotidianos e as saídas encontradas pelos profissionais, construindo e reforçando práticas em conjunto. A partir dessa problematização, Fábio abre a possibilidade de repensar práticas tradicionais, mobilizando construções identitárias e as representações profissionais do grupo.

Outros participantes da pesquisa também apresentaram em seus relatos diferentes formas de lidar com o conflito instituído em relação ao atendimento individual na atenção básica. Flávia, por exemplo, relatou utilizar do recurso do encaminhamento como uma possibilidade de tratamento aos usuários, reforçando a ideia de que a psicoterapia é uma intervenção que garante resultados, visto que ocupa o caráter de “ideal de atuação”, hierarquicamente superior a outras técnicas terapêuticas, o que faz com que o usuário seja sempre recebido pelo psicólogo como um forte candidato à psicoterapia (LIMA; NUNES, 2006) e que se esta não tem condições de ser realizada pelo psicólogo do NASF, deve ser garantida em outros espaços, como o ambulatório.

Eu tenho que encaminhar. Se é uma coisa, como já apareceram, principalmente, de uma pessoa que foi abusada na infância e ela tava com dificuldade de ter relacionamento sexual com o marido, e com dificuldade de fazer exame ginecológico, né? A intimidade dela assim bem reprimida. Então, é psicoterapia. Eu não tenho como ficar enrolando aqui, uma vez, uma vez no mês eu ver essa pessoa. Ela tem que toda semana ter o direito dela de ter o espaço clínico dela, psicológico. (Flávia)

Já Carlos, Júlia e Laura construíram práticas no NASF justificadas a partir de atuações em outros contextos. Esse fato corrobora com a proposição de Dubar (2006) de que as identidades não só estão atreladas às vivências dos atores dentro da instituição atual, mas têm a ver com aspectos biográficos, como suas trajetórias ao longo da vida profissional.

Eu no consultório não sou tão diretivo como sou, mas no NASF eu tenho que ser diretivo. Eu não vou ter um tempo determinado semanalmente com aquela pessoa, eu preciso empurrá-la um pouco. Então no NASF a gente faz essas pontuações, né? Claro que a gente tem que fazer a escuta pra ver onde vai pontuar pra surgir um efeito. Isso é a formação da gente que vai permitir isso. Mas a gente tem que ser um pouco diretivo. (...) A gente procura dar algumas sugestões, empurrar um pouco a pessoa. Pra ver se consegue ter algum efeito. (Carlos)

Porque no consultório ali o, a pessoa fala, outra coisa, veja... uma coisa é você atender num setting terapêutico, você tem o tempo, a hora, tudo estabelecido e tudo, né... Você tem como se fosse uma espécie de controle. Quando você tá na casa do sujeito é outra realidade. Você vê como é que ele como, como ele dorme, né?" (...) Tipo eu não vou, quando eu faço uma intervenção, eu não vou esperar daqui uma semana pra atender aquela pessoa. É uma coisa mais diretiva. Sabe? É feito no hospital, porque no hospital pode ser que aquele paciente não esteja vivo amanhã, então você não tem muita coisa pra elaborar, muita coisa eu procuro levantar, trabalhar e amarrar naquilo. (Júlia)

Às vezes a gente precisa sair e ter essa noção né, da sua função no NASF e no consultório, né, e no ambulatório. No ambulatório a gente vai poder fazer uma psicoterapia, a gente vai ter os horários, vai ter os dias, tudo direitinho. No NASF a gente pode ter os dias, pode ter os horários, pode fazer essa escuta ou na unidade ou num ponto que você precise fazer. (...) Eu percebo assim, no consultório fica bem mais fácil da gente ter uma escuta, porque você tá lá, tá tranquilo né? Às vezes no NASF você vai precisar ouvir na rua, vai precisar ouvir em qualquer lugar porque aquela pessoa tá naquela...(Laura)

As falas dos profissionais corroboram com a afirmação de Lima e Nunes (2006, p. 300) de que: “O fato do psicólogo “interferir muito mais” ou ser “mais incisivo” nestes contextos de trabalho é um marcador da diferenciação em relação às atuações realizadas em consultório privado.” Assim, os profissionais encontram esse arranjo no contexto de intervenção fora do conhecido enquadre tradicional, com horário marcado e sala reservada, a partir da referência a tal enquadre, ressaltando convergências e divergências entre eles que os ajuda a elaborar a prática. Pode-se afirmar que as práticas desempenhadas pelos participantes no NASF relacionam-se aos sentidos que atribuem à sua função neste contexto e que, de acordo com Machado (2003), são elaborados diante de uma diversidade de papeis, a fim de obtenção de reconhecimento pelos pares. A referência do consultório, do ambulatório e do hospital para os entrevistados foi importante na delimitação da identidade profissional, no contexto do NASF, uma vez que possibilitou o estabelecimento de semelhanças e diferenças na atuação com a mudança de cenário. Ou seja, as experiências vividas ao longo das trajetórias dos profissionais promoveu a construção de representações profissionais ressignificadas dentro de um novo contexto, em comparação com outros, familiares aos participantes. A identidade é, portanto, diferença e pertença (DUBAR, 2006), logo, um mesmo ator porta diversas identidades profissionais a partir de identificações a grupos profissionais de pertença (BLIN, 1997).

Na década de 90 Martin-Baró (1997) publicou um trabalho sobre o papel do psicólogo no contexto centro-americano, levantando a discussão em torno da importância dos profissionais se questionarem criticamente a respeito do caráter de sua prática, ou seja, do papel

que desempenham frente à sociedade, centrando-se na questão: a quem suas intervenções estão beneficiando? O foco, então, não seria os tipos das atividades praticadas (se é individual, se é grupal, comunitária, etc.), e sim as consequências históricas concretas que estas produzem. Em um cenário mais recente, Lima (2005) propõe a atuação psicológica coletiva enquanto modelo adequado de prática na atenção básica. Sua perspectiva está de acordo com a de Dimenstein (2000) que aponta a fragilidade das intervenções individuais nesse contexto de atenção à saúde, quando transpostas do âmbito privado, acarretando em uma baixa vinculação dos usuários a essa proposta de tratamento. As colocações apresentadas pelos autores, mesmo que em momentos históricos e espaços geográficos distintos, se aproximam no que tange a necessidade de implicação social da prática psicológica, indicando que esta não é uma questão recente, nem exclusiva ao cenário brasileiro.

Sendo assim, entende-se que a questão não se esgota na simples troca de intervenções individuais em função de atendimentos grupais, como sugere a fala de Ana apresentada acima, mas muito além disso, deve-se repensar que técnicas vêm sendo utilizadas e a serviço de quem. Transformar a clínica psicológica em uma prática engajada politicamente e historicamente, de forma que não é a intenção instaurar uma disputa entre intervenções individuais e coletivas a fim de decidir qual das duas se aplica melhor ao âmbito da atenção básica, mas de repensar aquelas intervenções que, calcadas em uma demanda de outra ordem (da classe média atendida em consultórios privados), não devem ser transpostas ao público, no contexto do NASF.

No trabalho realizado por Jimenez (2011), a autora tenta exemplificar a contribuição dos instrumentos tradicionais da Psicologia na ampliação da compreensão das subjetividades para além do individual e na aplicação dos princípios do SUS. A autora destaca três grandes desafios a serem superados na atenção básica: o trabalho interdisciplinar, as ações intersetoriais, e o desenvolvimento de instrumentos ou técnicas voltados para o território.

Destacando-se a atuação interdisciplinar, foi relatado pelos profissionais algumas dificuldades, bem como pontos positivos referentes à inserção em equipe, remetendo ao debate entre núcleo e campo, presente na atuação em NASF e na construção de identidades profissionais. De acordo com Campos (2000) o núcleo pode ser entendido como a identidade de uma área de saber e suas atuações na prática. Haveria, então, uma concentração de conhecimentos, saberes e práticas que delimitaria tal área. Já o campo traria uma imprecisão de limites, em que as profissões buscam em outras apoio para desenvolver suas tarefas práticas e teóricas (CAMPOS, 2000).

Bom e aí tem a dimensão do que é do campo e o que é do núcleo, pra trazer para um campo em que todos dialogam, todos trabalham juntos, entendeu? Sem essa lógica do, do aprisionamento do saber, né? Que na verdade que é de mercado, 'não, isso aqui é nosso, não pode saber isso', né? que a gente desconstrói completamente no NASF. Tem que desconstruir. Sem abrir mão vamos dizer assim, sem descaracterizar a identidade dos psicólogos, sabe? Mas é como se eu tivesse dizendo que para o psicólogo fortalecer sua identidade em parte ele tem que desconstruir sua identidade na formação, entendeu? E se abrir a isso. Ou pelo menos a ressignificar diante da sua prática tradicionalmente, sabe? (Fábio)

Às vezes a pessoa, de tanto que a gente vai, vai fazendo as visitas compartilhadas entre a gente, né, da própria equipe, você, tem certas coisas que você pode dar uma orientação mesmo que não sendo da área. Por exemplo, se eu chego numa casa em que uma pessoa tá com diabetes descompensado, mas come açúcar e tudo mais, aí você pode dizer as complicações do diabetes, isso aí eu num vou tá invadindo o núcleo de saber da nutricionista, porque isso é um conhecimento geral, entendeu? (...) Então assim, a gente trabalha muito na questão da promoção de saúde e de modo coletivo, mas em alguns casos, a depender da especificidade de cada caso aí vai aquela pessoa talvez, é... De um saber específico. (Júlia)

Na atenção básica, muitas vezes, essa noção do que é do núcleo e do que é do campo fica difusa, pois os limites são tênues, fato que pode acarretar inquietações na prática profissional. Pensar o núcleo e o campo remete à discussão proposta por Tajfel e apresentada por Deschamps e Moliner (2014) acerca do endo e exogrupo. Nesta proposta, o indivíduo, através da diferenciação com outros grupos, afirma sua identidade social e sua pertença ao endogrupo, reforçando sua autoimagem positiva. Quanto maior for o sentimento de pertença em relação ao seu grupo, maior será a tendência a diferenciar-se do exogrupo, caracterizando o primeiro como positivo em relação ao segundo (DESCHAMPS; MOLINER, 2014). Como já discutido, a própria necessidade em repensar práticas psicológicas tradicionais levanta uma série de mobilizações identitárias e, além dessa reorganização interna ao grupo, é necessário também que o profissional se situe em relação às outras categorias, incluindo seus saberes e práticas, que circulam na atenção básica, além do saber popular que também representa um outro núcleo.

A identidade profissional, como visto, constitui-se como uma rede de representações profissionais que é ativada para responder a uma identificação e/ou diferenciação em relação a grupos profissionais (BLIN, 1997). As representações construídas ao longo das trajetórias profissionais, articuladas aos contextos, também se fazem presentes diante das diferenciações dos psicólogos em relação a outras categorias. Nesse sentido, o discurso dos entrevistados tomou a direção de que no NASF é preciso saber qual o seu núcleo de atuação e quais os dos outros, a fim de que se possa transitar entre eles quando necessário, como apontado por Júlia

em sua fala apresentada acima. O trânsito entre núcleo e campo é uma característica do contexto de trabalho em equipe interdisciplinar que o diferencia da atuação em outros contextos, como o consultório privado, sendo necessário ao profissional construir referenciais que acomodem novas formações identitárias.

Aí às vezes as pessoas dizem ‘poxa, às vezes eu me sinto fazendo uma coisa que não é minha’ e o outro eu to fazendo tipo assim.. né... eu sou *psi* aí tô fazendo uma coisa que é lá de serviço social e o serviço social faz uma coisa *psi* e na realidade a gente tá fazendo o da gente, mas como é todo mundo, às vezes, quando a gente matricia, a gente precisa fazer um pouquinho do outro sem perder a identidade da gente. (Laura)

Assim, o limite da atuação psicológica no NASF não se restringe ao seu núcleo de saber e deve estar em constante negociação com o campo, construído a partir das especificidades de cada território. Em pesquisa realizada por Gondim et. al (2010), os autores destacaram ideias centrais presentes nos discursos dos psicólogos que foram entrevistados, dentre elas a de que quanto mais o psicólogo interage com outros saberes, mais é capaz de realizar um trabalho eficaz dentro de seu contexto de atuação. Ou seja, além da identidade ser construída nos contextos da atuação, é influenciada a partir das interações com outros profissionais, o que lhe dá um caráter de fluidez e dinamicidade. Tais características são consideradas, segundo os mesmos autores, consequência do expressivo crescimento dos campos de atuação profissional, que ampliaram a inserção no mercado de trabalho e dificultaram o compartilhamento de modos de pensar e atuar, enfraquecendo a construção de uma identidade homogênea.

Diante disso, os psicólogos percebem sua identidade como flutuante, a medida em que esta vai sendo delineada e modificada por mudanças sociais e econômicas, entretanto, sem perder a essência da Psicologia. Esta é uma outra ideia central presente na pesquisa de Gondim et. al (2010). Os psicólogos, então, não estão prontos nunca. Isso faz com que eles não se sintam fortalecidos como grupo de identidade profissional, levando-os a flexibilizações que atendam a essa múltipla identidade. Os autores apontam que é, então, possível pensar em dois tipos de identidade profissional: uma que independe da área de atuação e outra mais específica, que se constrói a partir do contato com o campo de prática. Essas identidades não são antagônicas.

Gondim et. al (2010) partem de uma dimensão psicológica da identidade, em que cada um se percebe como único dentro do grupo, e de uma dimensão social desta, em que os sujeitos se percebem como semelhantes aos membros do endogrupo, consequentemente diferentes do exogrupo. As identidades psicológica e social formam uma composição que possibilita

destacar, ora a personalidade individual, ora a categoria social, em que há despersonalização individual em prol do grupo.

Para Blin (1997) a representação do grupo de pertencimento é uma dimensão importante da identidade coletiva, que pode ser definida como a identidade comum aos membros de um grupo, que lhes permite se reconhecerem e se fazerem reconhecer como tais. Considera-se o profissional como uma das instâncias da identidade coletiva. Dessa forma, se o lugar do exercício da atividade profissional é um lugar social de relações individuais e coletivas próprias à produção de numerosas formas identitárias, então o lugar de trabalho se torna para os indivíduos um meio social determinante (BLIN, 1997).

6 CONCLUSÃO

Esta dissertação se propôs a investigar as representações profissionais de psicólogos atuantes em NASF, partindo dos objetivos específicos: conhecer as trajetórias profissionais dos participantes; investigar as práticas profissionais desses psicólogos no âmbito da atenção básica; e analisar identidades profissionais construídas no contexto de atuação.

No tocante às trajetórias profissionais, os participantes narraram uma diversidade de caminhos percorridos por eles, até chegarem ao NASF, caracterizados por experiências distintas e nos mais variados contextos de atuação. Apesar das diferentes trajetórias, verificou-se que o período da graduação não foi privilegiado no discurso da maior parte dos entrevistados, tendo sido tal formação apontada como defasada em relação às demandas de atuação presentes nos espaços e serviços pelos quais transitaram. Esse discurso corroborou com dados da literatura que apontaram o descompasso de uma formação alienada da realidade brasileira (DIMENSTEIN, 2000; CFP, 2013a). É necessário destacar que os profissionais entrevistados terminaram a graduação antes da instituição do NASF via Portaria Nº 154/2008, o que impossibilitaria que estes tivessem contato com a política do NASF durante a formação universitária. Por outro lado, outras políticas, como a da atenção básica, já haviam sido instituídas quando grande parte dos participantes realizou sua graduação. A literatura apontou que o perfil curricular da categoria passou por diversas mudanças necessárias para a formação do psicólogo no contexto brasileiro, mas que mesmo diante de tais mudanças ainda há muito que se avançar na implantação e sustentação dessas novas diretrizes (CFP, 2013a).

Também no âmbito das trajetórias foi verificado que, ainda que diante de diferentes experiências, os profissionais possuíam uma noção semelhante referente à função do psicólogo, uma vez que compartilham de representações profissionais construídas a partir da prática e sustentadas pela cultura profissional da categoria. Faz parte da cultura profissional da Psicologia o modelo hegemônico de subjetividade, baseado no sujeito psicológico e desenvolvido a partir do ideário individualista, que determina a adesão e preferência pela atuação do âmbito clínico privado, por sua vez reforçada pela formação universitária (DIMENSTEIN, 2000). Nesse sentido, os participantes destacaram a escuta clínica como função primordial do psicólogo, estando tal concepção vinculada a esta cultura profissional da categoria.

A função do psicólogo atribuída pelos entrevistados encontrou conflitos ao ser discutida a prática em NASF. Todo este debate girou em torno dos atendimentos individuais no contexto

da atenção básica, demarcando que esta é uma questão que está longe de ser resolvida. Os participantes defenderam o uso de intervenções de cunho individual, justificadas a partir de práticas conhecidas e desenvolvidas em outros contextos profissionais, como o consultório, o ambulatório e o hospital. Paralelo a isto, também reconheceram que as intervenções individuais não são suficientes para suprir as demandas e as necessidades que se apresentam no contexto do NASF, e que a transposição de práticas de forma linear de um contexto para o outro não garante o alcance social da profissão. A vivência deste conflito no NASF impulsionou os participantes a criarem maneiras de conduzir seu trabalho, através de intervenções que apostaram na mistura entre “novas” e “velhas” práticas. Baseado na noção de Blin (1997), de que a empresa/instituição possui uma função identitária, verificou-se que os conflitos vividos pelos profissionais no NASF dirigem, ao mesmo tempo, mudanças e estabilizações nas identidades profissionais, que justificam as práticas.

Além disso, o conflito presente entre intervenções individuais e outras intervenções, apontadas pelos participantes como sendo “mais sociais” e “comunitárias”, está calcado no conflito entre classes, uma vez que a categoria continua avaliando os sujeitos a partir de sua perspectiva de classe. Dessa forma, as intervenções rotuladas de sociais e comunitárias são direcionadas aos usuários do SUS, representantes da “classe pobre”. Há uma cristalização dessa ideia de uma “Psicologia para pobre” na discussão sobre o cuidado à infância no âmbito da atenção básica, como verificado por Félix (2016). Segundo esta autora, a pobreza é um dos marcadores que contribui com a invisibilidade da criança em sofrimento psíquico usuária do SUS. Também verificou-se, na presente pesquisa, no âmbito da atuação psicológica na atenção básica, o atravessamento deste marcador na construção das práticas profissionais.

Como indica Jimenez (2011), a abordagem psicológica na atenção básica deve possuir subsídios sensíveis à percepção e compreensão das coletividades e das instituições, que tanto abarcam como extrapolam as individualidades. O profissional deve estar atento ao território, munido de estratégias e ferramentas de intervenção frente a essas demandas. O saber psicológico deve ser confrontado com os problemas atuais vivenciados pelo povo, sendo urgente assumir a perspectiva das maiorias populares. Esse saber deve ser colocado a serviço de uma construção de sociedade em que o bem estar da minoria não se faça em cima do mal estar da maioria (MARTÍN-BARÓ, 1997).

Nesta análise das representações profissionais dentro de um quadro de situações profissionais, buscou-se analisar a inserção dos indivíduos em um campo de atuação, e os valores e práticas associados a essa inserção. Sendo assim, verificou-se certa homogeneidade das representações profissionais entre a população de psicólogos de NASF investigada, a partir

dos elementos já citados (conflito referente às intervenções individuais, escuta como função do psicólogo, cultura profissional, dentre outros). Essas representações mostraram-se fortemente atreladas à imagem da Psicologia no âmbito do consultório privado. Entretanto, optou-se por afirmar que verificou-se certa homogeneidade, pois nas falas de alguns participantes foi possível colher indicativos de mudanças de tais representações a partir do exercício de novas práticas.

As afirmações contidas nessa pesquisa são, contudo, de caráter exploratório, tendo em vista os limites colocados pela complexidade das representações profissionais enquanto objeto de estudo. Além disso, a via de acesso a tais representações a partir da fala dos participantes colhidas em um único encontro com cada um deles pareceu insuficiente para gerar dados que pudessem fornecer informações mais precisas. Todavia, a pesquisa cumpriu ao que se propôs, fomentando discussões propícias ao campo investigado e que abrem precedentes para o desenvolvimento de outras investigações. O estudo mais aprofundado sobre as práticas desenvolvidas por psicólogos no contexto do NASF pode fornecer apontamentos mais precisos no que se refere às possibilidades de atuação psicológica na atenção básica, favorecendo a consolidação de representações profissionais e auxiliando na demarcação da função do psicólogo neste cenário.

Esta pesquisa também possibilitou o contato com outros estudos que apresentam sugestões às intervenções da Psicologia no contexto da saúde pública, instaurando novos interesses de pesquisa, como o da investigação da participação da categoria na construção de políticas públicas, proposto por Scarcelli e Junqueira (2011) e Yamamoto (2012). Estes autores propõem que a Psicologia atue na construção de políticas públicas, ampliando seu escopo para além do campo restrito da execução prática, participando mais ativamente também da construção de conhecimentos na área da saúde pública. Assim, a Psicologia pode passar a ter uma atuação mais estruturante e menos complementar, o que significa estimular mudanças no próprio campo de conhecimento da categoria e em sua prática decorrente (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). Além do aprofundamento no exercício cotidiano e desenvolvimento de práticas por parte dos psicólogos de NASF, o estudo das políticas públicas e da inserção da categoria nesse debate é um dos caminhos possíveis de serem trilhados em pesquisas futuras. Tal estudo faz-se importante diante do atual cenário do país, em que vivencia-se uma incerteza quanto às políticas públicas de saúde, incluindo as da atenção básica e do NASF. Os impasses que democracia do país vem experimentando, principalmente a partir do impedimento do mandato da presidente em 2016, gera instabilidades na garantia dos direitos humanos, além do sucateamento de políticas públicas, fatores que são vivenciados pelos profissionais no cotidiano

de trabalho (ex.: baixo investimento nos contextos da saúde). Assim, é necessário que a Psicologia se engaje em um compromisso social ético e politicamente guiado, não mais se eximindo dele em prol de uma “neutralidade”.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, M. DE F. B. et al. **IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Anais IV SIPEQ. Anais... In: REPRESENTAÇÕES PROFISSIONAIS DOS PROFESSORES E O SENTIDO DO TRABALHO DOCENTE. Rio Claro: 2010 Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/85.pdf>>
- ALBUQUERQUE, K. M. et al. **Um novo modelo de governança em saúde para o Recife avançar**. In: VIII CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1327/1/UM%20NOVO%20MODELO%20DE%20GOVERNAN%C3%A7A.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017
- ALMEIDA, A. M. DE O.; SANTOS, M. DE F. DE S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 257–267, 2000.
- ALVES, R. B. **Entre a rodoviária e a prisão sem muros: Sentidos e práticas sobre violência para profissionais de uma rede assistencial**. Vitória, Espírito Santo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, 2016.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- ANDRADE, Â. N.; MORATO, H. T. P. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 345–353, 2004.
- BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G.; BORGES-ANDRADE, J. E. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nestas últimas décadas? In: **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. Natal, Rio Grande do Norte: EDUFRN, 2010. p. 255–271.
- BLIN, J.-F. **Représentations, pratiques et identités professionnelles**. Paris: L’Harmattan, 1997.
- BÖING, E.; CREPALDI, M. A.; MOREÍ, C. L. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 4, p. 828–845, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal do município de Recife/PE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 10 de setembro de 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível

em:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 13 de Janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. (2011a). 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, DF, 2011.

Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 15 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011b).

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 15 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em 15 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2008. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acesso em 15 de janeiro de 2017.

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CAMPOS, G. W. DE S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1865–1874, 2007.

CAMPOS, R. H. DE F. A função social do psicólogo. In: **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. Natal, Rio Grande do Norte: EDUFRN, 2010. p. 205–214.

CHAPMAN, E.; SMITH, J. A. Interpretative phenomenological analysis and the new genetics. **Journal of health psychology**, v. 7, n. 2, p. 125–130, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia à discussão sobre a formação da(o) psicóloga(o)**. Brasília, CFP, 2013a.

Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Documeto-do-CFP-sobre-a-Forma%C3%A7%C3%A3o-de-Psic%C3%B3logas-e-Psicologos.pdf>> Acesso em 16 de janeiro de 2017.

_____. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, CFP, 2013b. Disponível em: <

<http://crepop.pol.org.br/novo/wp->

[content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf](#)> Acesso em 16 de janeiro de 2017.

_____. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde.** Brasília, CFP, 2010. Disponível em: < http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf > Acesso em 16 de janeiro de 2017.

_____. **Contribuição do Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho para integrar o catálogo brasileiro de ocupações.** Brasília, CFP, 1992. Disponível em: < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf > Acesso em 16 de janeiro de 2017.

COSTA E SILVA, A. M.; APARÍCIO, M. Manual Internacional sobre Identidades Profissionais. **Serviço Social e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 279–282, 2015.

COUTINHO, M. C.; KRAWULSKI, E.; SOARES, D. H. P. Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, p. 29–37, 2007.

CURSINO, M. V. **Sofrimento psíquico infantil e representações sociais: um estudo com profissionais da atenção básica.** Projeto de Pesquisa—Recife, Pernambuco: Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

DESCHAMPS, J.-C.; MOLINER, P. **A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais.** 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 5, n. 1, p. 95–121, 2000.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo (Maringá)**, v. 6, n. 2, p. 57–63, 2001.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63–74, mar. 2009.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53–81, 1998.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 207–233.

DUBAR, C. Sainsaulieu Renaud, Sociologie de l'organisation et de l'entreprise. **Revue française de sociologie**, v. 29, n. 3, p. 528–531, 1988.

_____. **A crise das identidades: A interpretação de uma mutação.** Porto: Edições Afrontamento, 2006.

FÉLIX, L. B. **(In)visibilidades no campo da saúde mental infanto-juvenil: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede**. Tese—Recife, Pernambuco: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, 2017.

FERREIRA NETO, J. L. Psicologia e políticas públicas: novas questões para a formação. In: **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, 2011. p. 23–49.

FRANZOI, N. L. **Da profissão como profissão de fé ao “mercado em constante mutação”: trajetórias e profissionalização dos alunos do plano estadual de qualificação do Rio Grande do Sul (PEQ-RS)**. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. **Mulheres e Militância no Espírito Santo: encontros e confrontos durante a ditadura militar**. Espírito Santo: Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal do Espírito Santo, 2006.

GONDIM, S. M. G. et al. A identidade do psicólogo brasileiro. In: **O trabalho do psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 223–247.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006.

JIMENEZ, L. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 23, p. 129–139, 2011.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1167–1187, dez. 2013.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **ResearchGate**, v. 10, n. 3, 1 dez. 2005.

LIMA, M.; NUNES, M. DE O. Práticas psicológicas e dimensões de significação dos problemas de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 2, p. 294–311, jun. 2006.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização do saberes e poderes na atualidade. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 31, n. 2, p. 296–313, 2011.

MACHADO, H. V. A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n. SPE, p. 51–73, jan. 2003.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 2, n. 1, p. 7–27, jun. 1997.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Editora Vozes, 1961.

NEPOMUCENO, L. B. **A construção social da prática psicológica na atenção primária à saúde do SUS**. Tese—Fortaleza, Ceará: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza, 2014.

OLIVEIRA, I. F. DE; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, n. 25, p. 05–19, jun. 2007.

RATINAUD, P. Uma evidência experimental do conceito de representação profissional através do estudo da representação do grupo ideal. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 16, n. 17, p. 135–150, 2009.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 1 ed. Secretaria de Saúde do Recife, 2014. Disponível em: <
http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2015_revisado_menor.pdf> Acesso em 15 de janeiro de 2017.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141–148.

SAINSAULIEU, R. L'identité en enterprise. In: **L'identité politique**. Paris: CRISPA-CURAPP, Presses Universitaires de France, 1994. p. 252–261.

SANTOS, M. DE F. DE S. **Conférence Internationale sur les Représentations Sociales**. . In: **REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO**. Marseille: 2016

SANTOS, W. T. M. **Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: A inserção de profissionais da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Tese—São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2015.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 340–357, 2011.

TORRES, A. R.; CAMINO, L. Grupo social, relações intergrupais e identidade social. In: **Psicologia Social: temas e teorias**. 2. ed. [s.l.] Technopolitik, 2013. p. 515–539.

TRINDADE, Z. D.; MENANDRO, M. C. S.; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, I. F. Organização e interpretação de entrevistas: uma proposta de procedimento a partir da perspectiva fenomenológica. In: RODRIGUES, M. M. P.; MENANDRO, P. R. M. (Orgs). **Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em Psicologia**. Vitória: GM Editora, 2007. p. 71-92.

VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma Antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 271–286, jul. 2007.

YAMAMOTO, O. H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 32, p. 6–17, 2012.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. DE. Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. SPE, p. 9–24, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA NARRATIVA

Questão norteadora:

Você pode me contar a sua trajetória profissional, desde a escolha pelo curso, como foi sua graduação, como se configuraram suas escolhas, como você terminou o curso, até como se dá a sua atuação atual no NASF?

ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Solicitar que o participante fale sobre o seu cotidiano de trabalho em NASF.
- Questões a fazer, caso não sejam abordadas pelo sujeito:
 - Quais profissionais compõem sua equipe?
 - Como é o funcionamento?
 - Existe formação permanente para os profissionais do NASF? Se sim, como se dá?
 - Pedir para o sujeito falar sobre a reunião de categoria: como surgiu? Quais seus objetivos? Como ocorre?
 - Quais as principais atividades que você desenvolve no NASF?
 - Quais as demandas que chegam para você?
- Saúde mental infantil
 - Existem demandas para a infância?
 - Como se dá o acolhimento e reconhecimento dessas demandas?
 - De que forma crianças e familiares são orientadas aos serviços da rede?
 - Você poderia me relatar um caso?
 - Em sua opinião, quais são os principais desafios e entraves que crianças e familiares se deparam em relação à atenção em saúde mental?

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa *SAÚDE MENTAL NO NASF: Da construção de identidades profissionais à prática de psicólogos*, que está sob a responsabilidade das pesquisadoras Fernanda Gomes Vasconcelos e Renata Lira dos Santos Aléssio, com endereço na Avenida Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, no Laboratório de Interação Social Humana no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, da UFPE. Telefones: (81) 2126-8271, (81) 98216-5996, (81) 99998-3366; e-mail: fernandagvas@gmail.com; renatalir@gmail.com. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa que tem como finalidade principal analisar a relação entre a construção da identidade profissional e a atuação no âmbito da saúde mental de psicólogos que atuam em NASF. Durante o estudo serão realizadas perguntas sobre o cotidiano da atuação profissional e você está sendo convidado (a) a responder a uma entrevista proposta pelo (a) pesquisador (a), que será gravada sob sua autorização e transcrita posteriormente, para fins de análise, com a garantia de que apenas o (a) pesquisador (a) terá acesso à íntegra das transcrições.
- Esta pesquisa tem caráter voluntário de participação, durante a realização da entrevista caso sinta-se desconfortável poderá solicitar ao pesquisador que a entrevista seja paralisada ou encerrada.
- BENEFÍCIOS diretos e indiretos: Os resultados da pesquisa poderão beneficiar profissionais de saúde na compreensão sobre as especificidades e desafios na atuação em saúde mental no NASF. A oportunidade de falar sobre práticas correntes nos cuidados formais em saúde mental pode proporcionar um momento de reflexão para os profissionais. Além disso, poderá gerar conhecimentos importantes para o trabalho dos diversos profissionais que lidam com a temática, como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentre outros.
- RISCOS diretos e indiretos: Como possíveis riscos, no momento da entrevista poderão ocorrer algum desconforto ou conflito para o (a) participante, os quais o (a) entrevistador (a) tentará minimizar. Caso seja necessário, o (a) pesquisador (a) poderá recorrer a pesquisadores auxiliares ou realizar um encaminhamento a um serviço especializado (a exemplo do Serviço

de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Pernambuco). O (a) pesquisador (a) garantirá a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em (cd e hd externo), sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br**).

(assinatura do (a) pesquisador (a))

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *Saúde mental no NASF: Da construção de identidades profissionais à atuação de psicólogos*, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).



Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital (opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/UFPE)

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM PERNAMBUCO

Pesquisador: Maria de Fátima de SOuza Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47092615.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.268.269

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa intitulado A ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM PERNAMBUCO é um projeto de pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora Maria de Fátima de Souza Santos do Departamento de Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco. A equipe de pesquisa é composta por Ângela Maria de Oliveira Almeida, Daniel Henrique Pereira Espindula, Fernanda Gomes Vasconcelos, Lívia Botelho Félix, Manoel de Lima Acioli Neto e Renata Lira dos Santos Aléssio. Está registrado no CAAE: 47092615.4.0000.5208

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo primário analisar a atuação dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no tocante à atenção em saúde mental, tendo como objetivos secundários analisar os princípios norteadores que referenciam a atuação em saúde mental na atenção básica, identificar as concepções de saúde mental dos profissionais do NASF e investigar as práticas/intervenções na atuação em NASF para subsidiar a construção da identidade profissional dos psicólogos que compõem os NASF's.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É referido o risco de desconforto no momento da entrevista mas o pesquisador não refere a

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.268.269

maneira de minimizá-lo. O (a) pesquisador (a) garantirá a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes. Os benefícios estão apresentados de acordo com exigido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora refere que o projeto é decorrente de duas teses e uma dissertação em andamento no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE abordando a problemática do cuidado em Saúde Mental de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do SUS a partir da articulação da atenção básica com a uma rede substitutiva. A pesquisa será desenvolvida em dois municípios, Recife e Petrolina. Apresenta como justificativa o fato dos locais serem importantes pólos de formação de profissionais para atuação na atenção básica em Pernambuco. A metodologia refere a realização de três estudos: o primeiro de análise documental; o segundo a realização de entrevistas nos NASF's em Recife e Petrolina com os profissionais que atuam em saúde mental; e o terceiro de observação das reuniões dos psicólogos que atuam nos NASFs. São apresentados os instrumentos de coleta de dados e a forma de análise. Apresenta um orçamento de R\$ 130 mil reais cujo projeto foi submetido ao Edital N° 1, de 28 de maio de 2015 da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos SCTIE/MS. Faz referência ao cumprimento do cronograma após aprovação do CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto, Carta de anuência da Secretaria de Saúde Recife e de Petrolina, Curriculum Lattes dos pesquisadores e TCLE apresentados de acordo com o exigido.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada

Endereço: Av. da Engenharia s/n° - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

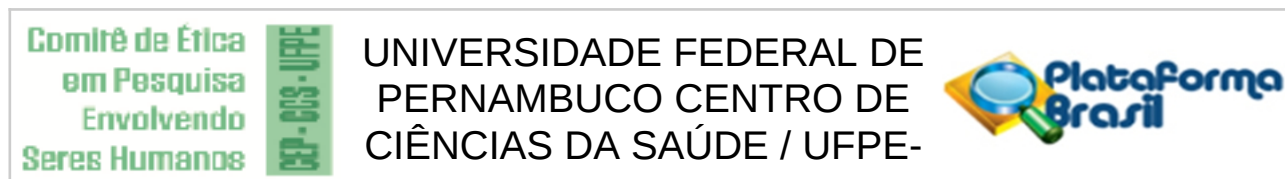
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.268.269

neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_553565.pdf	22/09/2015 22:08:41		Aceito
Outros	respostas_pendencias.docx	22/09/2015 22:07:53	Lívia Botelho Félix	Aceito
Outros	anuencia.pdf	22/09/2015 22:06:41	Lívia Botelho Félix	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mental.docx	22/09/2015 22:03:42	Lívia Botelho Félix	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/09/2015 22:02:59	Lívia Botelho Félix	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Renata Lira dos Santos Aléssio.docx	13/07/2015 12:16:20		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Maria de Fatima de Souza Santos.docx	13/07/2015 12:15:55		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Manoel de Lima Acioli Neto.docx	13/07/2015 12:15:38		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Lívia Botelho Félix.docx	13/07/2015 12:15:24		Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 1.268.269

Declaração de Pesquisadores	Angela Maria de Oliveira Almeida.docx	13/07/2015 12:15:07		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Fernanda Gomes Vasconcelos. IATTES.docx	13/07/2015 12:14:52		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Daniel Henrique Pereira Espíndula.docx	13/07/2015 12:14:44		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto (12).pdf	13/07/2015 12:01:46		Aceito
Outros	Carta_anuencia_Daniel.PDF	12/07/2015 21:25:55		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 08 de Outubro de 2015

**Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)**

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Maria de Fátima de Souza Santos, Renata Lira dos Santos Aléssio, Daniel Henrique Pereira Espíndula, Livia Botelho Félix, Fernanda Gomes Vasconcelos e Manoel de Lima Acioli Neti** pesquisadores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolverem pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**A Atuação em Saúde Mental dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**", sendo orientados por Maria de Fátima de Souza Santos e Renata Lira dos Santos Aléssio.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 13 de julho de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGDES/SESAU/PCF
Matrícula nº 99.986-R