CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA DA CONCEIÇÃO DE ALENCAR ALMÊDA

O TRABALHO DO(A) PSICÓLOGO(A) NO NASF-AB COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.

Juazeiro do Norte
2019

MARIA DA CONCEIÇÃO DE ALENCAR ALMÊDA

O TRABALHO DO(A) PSICÍLOGO(A) NO NASF-AB COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.
Orientador: Raul Max Lucas da Costa

Juazeiro do Norte
2019

O TRABALHO DO(A) PSICÓLOGO(A) NO NASF-AB COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.

Maria da Conceição de Alencar Almêda[1]
Raul Max Lucas da Costa[2]

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo compreender a atuação do psicólogo(a) no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF AB frente a demanda de atenção à saúde da mulher em situação de violência, mediante a identificação do tipo de trabalho ofertado pelo NASF AB; da comparação entre o que é ofertado pela ESF e o papel do psicólogo nesse contexto e por último, far-se-á análise da atuação e da importância do psicólogo na atenção a mulher vítima de violência. Tendo como método o descritivo, eminentemente bibliográfico de abordagem qualitativa e como critérios de inclusão foram utilizados: artigos, capítulos de livros e demais periódicos científicos com palavras-chave: Atendimento psicológico. Atenção Primária. Atenção à saúde da mulher. Para análise dos dados foi utilizado a análise do conteúdo. Observou-se que o psicólogo na Atenção Básica possui muitos desafios no que concerne a sua prática que deve ser adaptada a realidade do serviço público, no seu trabalho em equipe atuando na mediação dos conflitos entre a equipe e da equipe diante do usuário, enquanto o profissional de referência em Saúde Mental em particular na atenção à saúde da mulher em situação de violência. Conclui-se que o mesmo tem papel significativo no processo de acolhimento e em proporcionar uma rede de apoio, buscando a superação e empoderamento do usuário enquanto ator ativo e modificado de sua realidade.

Palavras-Chave: Atendimento psicológico. Atenção Primária. Atenção à saúde da mulher. Violência.

ABSTRACT

This research aims to understand the performance of the psychologist (a) in the enlarged nucleus of family health and primary care-NASF AB in view of the demand for health care of women in situations of violence, by identifying the type of work offered by NASF AB; Of the comparison between what is offered by the FHS and the role of the psychologist in this context and finally, we will analyze the performance and importance of the psychologist in the attention of women who are victims of violence. With the descriptive method, eminently bibliographic of qualitative approach and as inclusion criteria were used: articles, book chapters and other scientific journals with keywords: psychological care. Primary care. Attention to the woman's health. Data analysis was used to analyze the content. It was observed that the psychologist in primary care has many challenges regarding its practice that should be adapted to the reality of the public service, in its teamwork acting in the mediation of conflicts between team and team in front of the user, while the Reference Professional in Mental health in particular in the health care of women in situations of violence. It is concluded that the same has a significant role in the welcoming process and in providing a support network, seeking the overcoming and empowerment of the user as an active and modified actor of their reality.

Key words: Psychological care. Primary care. Attention to the woman's health. Violence.

1. INTRODUÇÃO

Nas três últimas décadas, pesquisadores da área social e da saúde intensificaram estudos sobre a temática de violência em consonância com a atenção

[1] Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO. Email:janainaexu@hotmail.com
[2] Professor do curso de psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO, Doutor em Psicologia pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E mail: raulmax@leaosampaio.edu.br

em saúde pública. Isso em decorrência de alguns fatores como: aumento das taxas de violência, suicídio, denúncias entre outros fatores relevantes desse fenômeno de violação de direitos. Um público que foi particularmente investigado, foram as mulheres em situação de violência doméstica, cujo agressor é comumente o seu conjugue em um relacionamento abusivo que geralmente se prolonga por anos, gerando consequências ao bem-estar biopsicossocial das mulheres. Essas vivencias em uma relação aversiva levam as mulheres a procurarem com mais frequência do que os homens os serviços de saúde, contudo, as práticas preventivas e de promoção em saúde possuem pouca adesão das mesmas (BRASIL, 2009).

Realizando uma comparação sobre a população brasileira, as mulheres são maioria e constituem o principal público que busca atendimento nas unidades de saúde do Sistema único de Saúde – SUS, sendo no papel de usuárias, acompanhando familiares e amigos. Diante desse fato, tem-se a noção de que a situação de saúde está diretamente relacionada aos aspectos e papeis que o sujeito desempenha na sociedade, assim, evidencia-se nas mulheres fenômenos que as afetam mais do que o público masculino, como: discriminação diante do machismo e cultura patriarcal ainda vigente socialmente, excesso de responsabilidades diante de sua maior participação social mediante a inserção no mercado de trabalho que é administrada com o papel doméstico, e tais demandas antigas e novas, acabam afetando significativamente a sua qualidade de vida, levando-as a procurar mais frequentemente os serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A atuação do psicólogo dentro das políticas públicas torna-se um desafio, devido à organização do novo modelo de saúde implementado pelo o SUS que inclui aos cuidados aspectos sociais, contrapondo-se ao modelo individualista. Assim, é necessário que esse profissional busque flexibilidade para as práticas psicológicas, aproximando do contexto de atuação o comprometimento com a comunidade promovendo mudanças (CINTRA; BERNARDO, 2017).

Há ainda uma necessidade de aproximar-se da comunidade e também buscar um saber crítico em relação aos atendimentos prestados em relação à atenção saúde da mulher vítima de violência dentro da referida Unidade Básica de Saúde - UBS. Segundo Dimenstein (1998) é necessário ter uma prática transformadora e reflexiva, sempre condizente com a realidade e demanda da comunidade em que estão inseridos os atendimentos, de modo que o psicólogo atenda aos anseios locais.

Devido a certas confusões teórico/práticas acerca da atuação do psicólogo nos serviços da atenção primária a saúde, considera-se importante buscar compreender de que forma o psicólogo atua nesses equipamentos e de que forma o saber psicológico pode contribuir para atenção à saúde da mulher vítima de violência, pois a saúde da mulher é uma estratégia prioritária e faz parte das diretrizes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF AB. Para que se possa pensar em estratégias para atender as demandas ou encaminha-las para o serviço adequado, fazendo uso da rede de atenção à saúde. Assim, tal profissional seria responsável por desenvolver ações conjuntas e específicas, de acordo com os princípios do SUS, contribuindo também para o desenvolvimento da interdisciplinaridade e integralidade à saúde.

O objetivo deste trabalho é compreender a atuação do psicólogo no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF AB frente a demanda de atenção à saúde da mulher em situação de violência, mediante a identificação do tipo de trabalho ofertado pelo NASF AB; da comparação entre o que é ofertado pela ESF e o papel do psicólogo nesse contexto e por último, far-se-á análise da atuação e da importância do psicólogo na atenção a mulher vítima de violência.

A presente pesquisa está dividida em quatro tópicos: o primeiro e segundo apresentam uma contextualização sobre a implementação do SUS e da ESF respectivamente enquanto dispositivo estratégico da Atenção Básica - AB, no terceiro tópico é discutido sobre o NASF AB, e a atenção a mulher vítima de violência no contexto da saúde pública no Brasil, e no quarto tópico é realizado uma análise da atuação da psicologia frente a violência contra a mulher no NASF AB.

2. MÉTODO

O presente trabalho é de cunho descritivo, segundo Gil (2008) o qual tem por finalidade descrever as particularidades de cada população e/ou fenômeno que foi tomado enquanto objeto de estudo. Além de buscar relações entre as variáveis que foram levantadas, a fim de estabelecer sua origem.

Cujo método de pesquisa a ser realizado é eminentemente bibliográfico, que segundo Lakatos e Marconi (2003) têm a finalidade de alcançar uma maior

familiaridade com o tema da pesquisa, através do levantamento bibliográfico de publicações impressas e/ou eletrônicas.

De abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador, pesquisar, explicar e analisar fenômenos, pois esses fenômenos aqui abordados não são passíveis de serem quantificados, tais como: crenças, valores entre outros. (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos, capítulos de livros e demais periódicos científicos com palavras-chave: Atendimento psicológico. Atenção Primária. Atenção à saúde da mulher. Violência. A coleta dos dados foram realizadas do dia 20 de agosto de 2018 ao dia 30 de maio de 2019, sendo selecionados na hora de dados os trabalhos científicos com as palavras-chave acima citadas.

Como critério de exclusão foram levados em consideração: artigos, livros e demais periódicos que não tiveram como palavras-chave: Atendimento psicológico. Atenção Primária. Atenção à saúde da mulher. Violência.

Em relação a análise dos dados, a mesma será realizada por meio da análise de conteúdo, a qual consiste em um conjugado de técnicas empregadas na busca de correlação e análise de dados de viés qualitativo, sendo assim, uma técnica característica de análise de conteúdo que viabiliza o estudo de conteúdos pertencentes as figuras de linguagem, entrelinhas, e dos observáveis (GIL, 2008).

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS teve sua gênese na Carta Magna do Brasil em 1988, que se constitui como um marco histórico na proteção ao direito de todos terem acesso universal aos serviços de saúde, que antes algumas ações eram destinadas apenas a determinados grupos de indivíduos. A partir da promulgação da Constituição de 1988, a saúde passa por uma reorganização. A nova Carta Magna cria o Sistema Único de Saúde, a partir de sua gênese, possibilitou a expansão de vários profissionais de saúde dentro do sistema público de saúde, dentre estes, está o psicólogo (BRASIL, 2009). Para Oliveira (2005) a criação do SUS foi um

importante avanço para oferecer aos brasileiros, independentemente de classe social, uma oferta de serviço de saúde igualitário, que permite o cuidado e promoção da saúde com base na prevenção de doenças.

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentada após 02 anos do texto constitucional através da lei nº 8080/90, a concepção de saúde passa a ser entendida como uma questão integral e plural aproximando do conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1946), onde diz que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas que envolve um completo bem-estar nas dimensões física, mental e social do sujeito. Para diminuir essas inequidades ao acesso da população à saúde, o SUS com o objetivo de oferecer uma cobertura universal a população viabilizada pela Atenção Primária à Saúde – APS tendo como dispositivo estratégico a Estratégia Saúde da Família – ESF reduzindo consideravelmente os índices de mortalidade infantil e internações.

Para serem desenvolvidas tais ações, demanda recursos do Estado, assim, foi promulgada a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que além de dispor sobre a participação da comunidade, apresenta como será a transferência intergovernamental dos recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Sendo que para cada ente da federação receber seu recurso, o mesmo deve dispor de: fundo, conselho e plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e possuir comissões para elaboração do plano de cargos e carreiras e salários, previsto no prazo de dois anos para implementação.

Esses recursos serão alocados para: despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde e seus órgãos e entidades da administração direta; investimentos previstos em lei orçamentária, seja ela de iniciativa do poder legislativo e aprovadas pelo congresso nacional; investimentos previstos no plano quinquenal do Ministério da Saúde; e cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos entes federados. Assim, os recursos serão repassados para os entes de forma regular e automática de acordo com: perfil demográfico, epidemiológico; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desempenho no período anterior; participação nos níveis de saúde e previsão do plano quinquenal (SOUZA, 2018).

Neste sentido a seguir são descritos os princípios doutrinários que são à base de sustentação para o SUS, que são a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, além deste, temos os princípios organizacionais que são a descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social (BRASIL, 2000).

O primeiro princípio que é o da Universalidade: dizendo que a saúde é um direito de todos os brasileiros, de modo a ofertar ações de saúde àqueles que precisam, reforçando sempre da importância de ações de prevenção visando diminuir o agravamento de doenças. Outro princípio é o da Integralidade, este sendo um dos mais importantes, o qual versa sobre a oferta dos serviços de saúde deve-se levar em consideração as necessidades individuais de cada pessoa ou grupo de pessoas em relação ao total da população, considerando os níveis de diferenças e complexidades de modo a atender e integrar as especificidades de cada grupo/pessoa nos serviços de saúde. Em suma, este princípio diz que o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo em seu contexto social para a partir disso atender suas demandas e necessidades (BRASIL, 2000; SOUZA, 2018).

Com o intuito de diminuir as desigualdades regionais e sociais no Brasil o SUS tem o princípio da Equidade que visa reafirmar que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde, sendo fundamental na busca por maior equidade entre as regiões do país (BRASIL, 1998-2010).

Os princípios organizativos são 14 (quatorze): 1) universalidade de acesso, 2) integralidade de assistência, 3) preservação da autonomia, 4) igualdade da assistência, 5) direito à informação, 6) divulgação de informações, 7) utilização da epidemiologia, 8) participação da comunidade, 9) descentralização político-administrativa em direção única e regionalização e hierarquização da rede de saúde, 10) integração em nível executivo das ações, 11) conjugação dos recursos, 12) capacidade de resolução, 13) organização dos serviços e não menos importante, 14) organização dos atendimentos (SOUZA, 2018).

Em 2018 o Sistema Único de Saúde – SUS, alcança uma marca importante, pois completa três décadas de existência desde publicação mediante a Constituição Federal de 1988, sendo implantado em 1990. O Brasil possui um sistema de saúde modelo para o mundo, regulado pelos princípios acima descritos, e para tal durante

esses 30 anos, passou e vem passando por inúmeras dificuldades e conquistas para tornar a saúde um direito de todos (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

3.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

A nomenclatura “atenção básica” foi adotada como crítica a prática e utilização da terminologia “atenção primária”. Essa modificação possui sua gênese diante do movimento sanitário no Brasil, o qual teve por objetivo estabelecer uma dissociação ideológica mediante o reducionismo posto na noção de atenção primária, pois tinha-se germinado um juízo em relação a criação de um sistema público de saúde que abarcasse toda a população e não apenas quem contribuía com a previdência, ou seja, universalizar a saúde para a sociedade. Afastando-se assim, de uma concepção de atenção primária implicada em uma atenção celetista, restrita para algo mais amplo (GIOVANELLA, 2018).

Um importante marco para mudança de perspectiva diante da saúde iniciou-se com a conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata, antiga União Soviética, em 6 de setembro de 1978, mais conhecida como declaração de Alma-Ata. A qual tinha como proposta uma mobilização em caráter de urgência dos profissionais, gestores e governantes em detrimento da saúde enquanto um bem universal. Tal declaração apresenta uma nova concepção sobre saúde, não mais como ausência de doença, e sim definida enquanto completo bem-estar físico, mental e social do sujeito, sendo assim, um direito fundamental o qual deve ser garantido pelo governo e profissionais envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Essa modificação na concepção da saúde, mediante a declaração de Alma-Ata, o Brasil com a implantação do SUS em 1990, em conformidade com a Constituição federal de 88, estabelece a Atenção básica – AB enquanto porta de entrada do usuário aos serviços de saúde e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012). A AB possui enquanto características, a continuidade e integralidade da atenção, além de ser responsável pela coordenação pela assistência no SUS. Em suma, a AB tem por finalidade viabilizar o acesso inicial do usuário ao sistema de saúde público, e assim dar continuidade ao cuidado a população em todos os níveis da atenção em saúde (BRASIL, 2009).

A Estratégia Saúde da Família foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o nome de Programa de Saúde da Família para servir de base na efetivação das diretrizes do SUS. Este programa ficou conhecido como PSF que foi uma evolução do PACS (Programa de Agentes de Comunitários de Saúde). O PACS teve resultados muito satisfatórios quando foi implantado, criado pela Secretaria de Saúde do Ceará no ano de 1987 como parte de programa de combate à seca, teve uma repercussão política e social muito positiva na época e devido a este êxito, foi implantado em todo o Brasil através da portaria nº 648/2006 denominado de Estratégia de Saúde da Família, procurando oferecer serviços de proteção e prevenção à saúde das comunidades, oferecendo um atendimento humanizado aos usuários, conforme nos explicita Mendes (2002). A referida portaria foi revogada, passando a vigorar a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Mediante o que foi discutido até então, nota-se que a atenção básica configura-se enquanto estratégia da saúde responsável por desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos e da família, de modo integral e contínuo, mediante equipes multiprofissionais em trabalho interdisciplinar para viabilizar uma atenção e visão integral do sujeito a ser atendido pelos dispositivos de saúde, sendo o contrário do modelo tradicional centrado na doença e no hospital que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo (MENDES, 2002).

3.2. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Durante a década de 60, o movimento feminista evidenciou uma realidade e consequentemente uma problemática social, a violência contra a mulher. Tal queixa trouxe à tona uma temática pouco debatida até então, em virtude do machismo e cultura patriarcal ainda evidente na atualidade, gerando na sociedade e comunidade científica, uma reflexão sobre essa noção até que foi modificada para violência de gênero (DEBERT; GREGORI, 2008).

O conceito de gênero é concebido de forma geral, enquanto uma construção psicossocial do que entende por masculino e feminino, composto de símbolos, crenças, valores, entre outros atributos que geram essa identidade subjetiva. Contudo, tal diferenciação, não impõe uma hierarquia, ou relação de poder, porém,

tal definição como carrega questões socioculturais, fica sujeita ao machismo e patriarcalismo arraigado historicamente. Sendo assim, a violência de gênero, consta em uma questão a nível psicossocial no exercício da dominância e repressão do homem às mulheres, ou seja, uma relação abusiva que gera impacto significante biopsicossocialmente às vítimas (OLIVEIRA, 2010).

Mediante as manifestações sociais das mulheres, na busca por seus direitos, na década de 80, o tema “violência contra a mulher” foi absorvido pela política nacional, refletindo diretamente para uma mudança de postura e na questão prática, houve uma mobilização diante de estratégias de sensibilizações e conscientizações populares, as quais militantes do movimento feminista ofereciam suporte ás mulheres que estavam sofrendo violência mediante o programa SOS-Mulher. Essa iniciativa gerou enquanto consequência uma mobilização mais significativa, não só das relações abusivas sofridas pelas mulheres, mas também diante das situações de desigualdades de gênero arraigadas na sociedade (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

De acordo com Debert e Gregori (2008) a base para toda a mobilização feminina na luta por ser ouvida e consequentemente por seus direitos, advém da opressão sofrida pelo patriarcalismo, tomando proporções nacionais. Sendo que tal categoria expos sua insatisfação diante de sua situação social, mediante a união e organização da classe denunciando a opressão sofrida pelas mulheres em decorrências do sexo, tal fato não se restringe a um contexto em particular, mas de forma geral, em todo o contexto onde há relação abusiva impostas pelos homens diante das mulheres.

Toda essa mobilização feminista evidenciou algo que sempre aconteceu, mas até então não fora colocado de forma organizada e querendo ou não forte na sociedade, a realidade conflituosa e abusiva na relação entre homens e mulheres, não como uma relação de iguais, mas uma relação de dominação e poder de um sobre o outro. Diante disso, em 2006 foi promulgada a Lei número 11.240, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, a qual fomentou a criação de delegacias de defesa da mulher com o objetivo de resguarda-las, protege-las de relações abusivas em detrimento de violação de seus direitos (DEBERT; GREGORI, 2008).

Além desse importante marco na defesa da mulher no âmbito jurídico-social, houve paralelamente mais uma conquista na atenção as mulheres, em 1999 o

Ministério da Saúde publicou uma norma técnica para a prevenção e tratamento de agravos provocados pela violência sexual contra mulheres, constituindo assim, um protocolo de cuidado em saúde a esse público específico tratando de questões como: Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST's, gravidez indesejada e suporte a nível psicossocial. Diante dessas conquistas, a violência contra as mulheres foi incluída nas notificações para a vigilância epidemiológica e diante da análise dessa articulação da violência de gênero, nota-se a dinâmica dessa relação abusiva construída historicamente e que deve ser combatida através de práticas sociais por meio de políticas públicas que abarquem a educação, jurídico, saúde e assistência. Pois só diante dessa articulação pode-se conseguir uma mudança significativa nessa ensejada concepção sociocultural (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Mediante essa perspectiva discutida até o momento, compreende-se que a atenção integral à saúde da mulher está implicada em um conjunto de práticas voltadas para promoção, assistência e recuperação da saúde de forma integral contemplando os níveis, de acordo com a descentralização e hierarquização da saúde no SUS. Sendo que o atendimento ofertado a mulher não está reduzido apenas a concepção de agravos a saúde orgânica, mas em uma concepção mais ampla e integral do sujeito, compreendendo atenção biopsicossocial (BRASIL, 2004).

Ainda no que se refere a essa política nacional de atenção integral à saúde da mulher, em seus objetivos específicos está implicada a promoção a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. A qual será organizada em redes de atenção de forma integral, articulando essa atenção a ações de prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2004).

3.3. A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO NASF AB

A portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com a proposta de ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica no processo de territorialização composta por equipes multiprofissionais em parceria com as equipes das ESF oferecendo apoio de matriciamento quando necessário. Tendo como diretrizes que orientam seu trabalho na Atenção Básica, criar e apoiar as equipes com foco no cuidado de forma integral e contínua a população.

Em 2009 são promovidas oficinas de capacitação dos NASF a nível nacional, em 2010 é publicado o caderno de Atenção Básica sobre as diretrizes do NASF, em 2011 a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB mediante a portaria nº2.488 de 2011 aumenta o número de profissões de 13 para 19, além de reformular o custeio para o NASF; em 2012 conforme a portaria nº 3.124 de 2012 implementa o NASF 3, consequentemente reduzindo o número de equipes as quais o NASF dá suporte; em 2013 com a publicação da portaria nº 548 de 2013 aumenta o custeio para o dispositivo além de iniciar a participação do NASF no Portal do Departamento de Atenção Básica - PMAQ AB; em 2014 veio a publicação do caderno da Atenção Básica e do curso de Apoio matricial; em 2015 foi criado o boletim do NASF apresentado o diagnóstico das ações desenvolvidas; em 2016 conforme a portaria 1.171 de 2016 os NASF's foram credenciados em municípios com casos confirmados de microcefalia; em 2017 os NASF passaram a ser Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF AB e em 2018 o NASF completou uma década de existência.

No que concerne as ações específicas desenvolvidas pelo NASF – AB, estão as ações de saúde da mulher, foco dessa pesquisa, foram determinadas ações desenvolvidas com a equipe da unidade de saúde de referência em educação permanente, ações de atenção individual às mulheres mediante as demandas identificadas pela equipe. Além do NASF dar suporte a ESF em casos que envolva agravos severos e/ou persistentes à saúde da mulher, abarcando em específico as situações como a violência intrafamiliar.

Em virtude dessa emancipação na atenção a mulher na sociedade, em especial na área da saúde, houve a necessidade de oferecer um suporte especializado e integral a esse público. Assim, as demandas deveriam ser abarcadas pelas unidades de saúde com o objetivo de promover, prevenir e tratar, que até então não eram oferecidas as mulheres em situação de violação de direitos. Sendo que esse fenômeno em particular era e continua sendo uma vivência particular, íntima nos lares e diante disso não são relatadas pelas mulheres de forma fácil (OLIVEIRA, 2010).

Essa temática era invisível pela saúde, pois não se tinha uma atenção voltada para essa problemática, sendo em estudos, debates, era algo sem visibilidade social, pois até os movimentos feministas, não se tinha em evidência essa demanda social. Contudo, essa demanda não se restringe apenas ao campo da saúde, mas,

aos demais campos que integram a garantia de direitos das pessoas, com a finalidade de diminuir as inequidades sociais e ofertar um cuidado integral em rede para a sociedade, pois na contemporaneidade se constitui enquanto um problema de saúde pública (DEBERT; GREGORI, 2008).

Uma dificuldade evidenciada na implementação dessa temática nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, é referente ao despreparo das equipes em lidar com essa questão, pois se referem a questões socioculturais difundidas historicamente, e que demanda de uma intervenção profunda aos atores. Pois os danos causados pela violência são de fato biopsicossocial, levando a necessidade de acompanhamento de uma equipe multiprofissional (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Essa realidade foi abarcada pelo NASF AB oferecendo apoio matricial as equipes das ESF's com o objetivo de identificar essas demandas e intervir no fortalecimento e/ou criação de uma rede de apoio à mulher vítima de violência nas três esferas do governo como as: Delegacias especiais da mulher, casas abrigo entre outras. Sendo imprescindível esse apoio a esse público que demanda uma atenção integral ofertada pela rede de saúde (BRASIL, 2010-2014).

A violência de gênero gera inúmeras consequências patológicas as mulheres, queixas somáticas que são delicadas para a saúde intervir, pois, em comorbidade a ela surgem outras demandas do contexto familiar que potencialização seu efeito danoso como por exemplo o abuso de álcool pelo companheiro ou até mesmo pela mulher, entre outros fatores de risco que influenciam diretamente a qualidade de vida. As ESF's por estarem inseridas dentro da comunidade oferecem esse suporte mais de perto, e devem articular-se com a rede para oferecer um apoio integral a esse público (BRASIL, 2014).

As usuárias que procuram os serviços buscam serem ouvidas, acolhidas e apoiadas em suas demandas, pois essa processo de empatia favorece o reconhecimento da sua situação de violência, sofrimento a qual é ou foi vítima, representando assim um caminho a ser trilhado em busca da superação e empoderamento de sua vida enquanto ator ativo e modificado de sua realidade. Sendo importante se ater as vulnerabilidades as quais estão expostas e diante de tais observações intervir de maneira a proporciona-las o resgate de sua autoestima, saber ser resilientes diante das dificuldades e serem autônomas para se libertarem das amarras opressivas e abusivas as quais estão sujeitas (BRASIL, 2010).

Diante do que foi discutido sobre o papel do NASF AB na atenção a mulher vítima de violência, consta ressaltar a importância do suporte oferecido, em particular as de caráter coletivo, enquanto ações articuladas em rede no próprio território, facilitando a adesão e continuidade do acompanhamento. Pois é de suma importância a realização dos grupos para mobilização do público feminino na discussão de questões particulares a suas realidades de maneira transversal das inúmeras práticas psicoeducativas (DEBERT; GREGORI, 2008; BRASIL, 2010).

3.4. A PSICOLOGIA NO NASF AB E AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Os(As) psicólogos(as) começam a serem inseridos nas políticas públicas principalmente no final da década de 70, antes disso, havia apenas experiências isoladas de alguns serviços prestados por esses profissionais. Então, é a partir dessa década que o número de psicólogos dentro desses equipamentos vem crescendo consideravelmente (DIMENSTEIN, 1998).

Inicialmente os serviços prestados pelos psicólogos foram principalmente no setor de Saúde Mental, devido à crise vivenciada do modelo médico-assistencial que já não era eficaz as necessidades apresentadas pela Previdência Social, levando a modificação dos serviços de saúde no Brasil. É a partir desse momento que começam a serem inseridos outros profissionais de saúde, inclusive o psicólogo, com o intuito de garantir um serviço qualificado e com menor custo social, substituindo o modelo de assistencial tradicional por equipes de saúde multiprofissional (DIMENSTEIN, 1998).

É através da constituição de 1988 com a criação do SUS e a ampliação das ESF's que a assistência primária a saúde tem avançado significativamente. Sendo implementado pelo Ministério da Saúde o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, em janeiro de 2008, com o objetivo de promover melhorias e mudanças nos serviços prestados à população (BRASIL, 2010).

O NASF AB é composto por uma equipe multiprofissional, criado com o intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária. Para isso, conta com profissionais de diferentes áreas do conhecimento que integram e apoiam as equipes da ESF em práticas em saúde no território de responsabilidade da ESF, onde são oferecidos atendimentos diários aos usuários, conforme descreve

a Cartilha de Atendimento Mental do Ministério da Saúde, enfatizando que na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde para o usuário (BRASIL, 2013).

Assim, os serviços de Saúde Mental prestado pela a equipe do NASF AB em conjunto com a equipe da ESF visa à prevenção de transtornos e a promoção da saúde mental, através de educação permanente em saúde, possibilitando mudanças de práticas e ações inclusivas a partir do cuidado continuado a população que se encontra em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2010).

O profissional de Saúde Mental dentro do NASF AB deve desenvolver um espaço apropriado para escuta e planejamentos coletivos para que se possam ser realizadas os atendimentos compartilhados, as intervenções com o usuário ou familiares, como também o planejamento de outras ações no território no qual é responsável. Para o desenvolvimento de tais práticas estes profissionais contam com as ferramentas tecnológicas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, A Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010).

De acordo com a portaria 154/04, a rede de atenção à saúde mental deve contemplar a atenção básica, de saúde da família mediante os Centros de Apoio Psicossocial – CAPS, residências terapêuticas, ambulatório entre outros equipamentos. Sendo o CAPS, enquanto dispositivo substitutivos dos hospitais psiquiátricos, são referência em Saúde Mental na rede de saúde, funcionando como equipe matriciadora da rede em que desenvolvem as ações clínicas pertinentes as demandas, apoiando as ESF e NASF AB nos processos de trabalho, em particular na elaboração de estratégias para intervenções aos problemas de violência, priorizando ações de cunho coletivo no trabalho com grupos específicos para abordar temáticas de cunho em saúde mental entre outras atividades, buscando a melhoria na qualidade de vida da população.

Diante disso, o psicólogo tem papel importante na atenção à saúde da mulher em situação de violência por ser o profissional da equipe especialista em Saúde Mental, realizando o matriciamento das equipes sob referência do NASF AB, tendo enquanto uma das intervenções particulares desse trabalho em equipe multiprofissional, o PTS que visa uma atenção particular a cada usuário que

demanda uma estratégia em visão de sua integralidade de ações e serviços de cuidado. Um importante parceiro para o desenvolvimento desse trabalho é a Assistência Social através de seus equipamentos: Centro de Referência da Assistência Social – CRAS e Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS, os quais tem por objetivo prevenir situações de risco social mediante o monitoramento das famílias as quais conferem suporte no território através do fortalecimento de vínculos e do apoio especializado às pessoas que já vivenciam situações de risco social respectivamente (BRASIL, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS, foi um marco revolucionário não só na saúde do Brasil, mas uma importante conquista para a sociedade, no que concerne aos seus direitos tomando como base os princípios doutrinários do SUS que contemplam a universalidade, integralidade e equidade da assistência. Sendo o que antes só quem contribuía previdencialmente tinha direito, com o SUS, toda a população passou a ter esse direito à saúde em seus níveis de Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade. A atenção básica configura-se enquanto estratégia da saúde responsável por desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos e da família, de modo integral e contínuo, mediante equipes multiprofissionais em trabalho interdisciplinar.

Na Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família – ESF, foi elaborada como porta de entrada nesse nível de atenção e servir de base na efetivação das diretrizes do SUS procurando oferecer serviços de proteção e prevenção à saúde das comunidades, oferecendo um atendimento humanizado aos usuários. Em 2008 são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF que em 2017 passariam a ser denominados Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF AB, com a proposta de ampliar a abrangência das ações da atenção básica no processo de territorialização composta por equipes multiprofissionais em parceria com as equipes das ESF oferecendo apoio de matriciamento quando necessário.

E nesse território um dos profissionais que vem ganhando espaço, é o psicólogo que começam a serem inseridos nas políticas públicas principalmente no

final da década de 70, sendo que inicialmente os serviços prestados pelos psicólogos foram principalmente no setor de Saúde Mental nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e posteriormente foi ampliado para Atenção Básica com o foco no desenvolvimento de intervenções em saúde mental, desenvolvendo um espaço apropriado para escuta e planejamentos coletivos para que se possam ser realizadas os atendimentos compartilhados, as intervenções com o usuário ou familiares, como também o planejamento de outras ações no território no qual é responsável.

No que concerne as ações específicas desenvolvidas pelo NASF – AB, estão as ações de saúde da mulher mediante as demandas identificadas pela equipe. Além do NASF dar suporte a ESF em casos que envolva agravos severos e/ou persistentes à saúde da mulher, abarcando em específico as situações como a violência intrafamiliar. As demandas deveriam ser abarcadas pelas unidades de saúde com o objetivo de promover, prevenir e tratar, que até então não eram oferecidas as mulheres em situação de violação de direitos. Sendo que esse fenômeno em particular era e continua sendo uma vivencia particular, íntima nos lares e diante disso não são relatadas pelas mulheres de forma fácil.

A realidade sociocultural do Crajubar, a qual compreende as cidades de Crato, Juazeiro e Barbalha, em monitoramento e estudo pelo observatório de violência contra a mulher da Universidade Regional do Cariri – URCA, observou-se que a violência ocorre em todas as faixas etárias, contudo, a maior incidência está em mulheres adultas (86%), tendo as ameaças como forma mais presente (48%), seguidas de espancamento (22%), a partir desses dados, evidencia-se que o percurso da violência inicia-se com as ameaças, evoluindo para os espancamentos entre outras formas até chegar ao feminicídio.

Diante disse o desafio do profissional de psicologia, referência no cuidado em Saúde Mental nessas unidades são além de realizar a mediação e integração da equipe em uma perspectiva de atenção pelo viés multiprofissional, em particular o desenvolvimento dos PTS’s em função de cada mulher em uma visão individualizada e integral, não só garantindo os direitos previstos na Constituição Federal, mas indo além, a psicologia lança um olhar sobre a história singular de cada uma das mulheres vítimas de violência conjugal, em que no ambiente familiar, em especial na sua relação com seu parceiro, é onde se evidencia os índices mais elevados de violência, seja ela física e/ou psicológica. Está no fato de propiciar um

ambiente acolhedor através da escuta favorecendo o reconhecimento da sua situação de violência, sofrimento a qual é ou foi vítima, representando assim um caminho a ser trilhado em busca da superação e empoderamento de sua vida enquanto ator ativo e modificado de sua realidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde-SUS:** princípios e conquistas – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf Acesso em: 20 de Set. de 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2012.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 12 de Dez. de 2018.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 26 de Set. de 2018.

_____. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 08 de Abr. de 2019.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 de Mai. De 2019.

_____. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 15 de Mai. De 2019.

_____. **Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013.** Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html. Acesso em: 15 de Mai. De 2019.

_____. **Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016.** Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1171_16_06_2016.html. Acesso em: 15 de Mai. De 2019.

CINTRA, Marcela Spinard; BERNARDO, Marcia Hespanhol. **Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social.**Psicologia: Ciência e Profissão v. 37, n. 4, p.883. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0883.pdf. Acesso: 02 de Jan. de 2019.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. Violência e gênero novas propostas, velhos dilemas**. RBCS** Vol. 23 nº. 66, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n66/11.pdf. Acesso em: 20 de Abr. de 2019.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; **Carta de Ottawa**; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. **O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais.** Estudos de Psicologia (Natal)**,** Natal, v. 3, n. 1, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de set. de 2018.

DUARTE, Elisete; EBLE, Laeticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** vol.27 no.1 Brasília mar. 2018 Epub 09-Mar-2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100001. Acesso em: 15 de Mai. De 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** – 6ª. ed. - São Paul: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública.** espaço temático: política nacional de atenção básica, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf. Acesso em: 08 de Mai. De 2019.

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas**. Psicologia & Sociedade**, 27(2), 256-266. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf. Acesso em: 21 de Abr. de 2019.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7. Ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES. E.V. **A Atenção Primária à Saúde do SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al. **A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos.** Interação em Psicologia. Natal, v.9, n.2, 2005. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/4790/3677>. Acesso em: 20de set. de 2018.

OLIVEIRA, Glaucia Fontes de. Violência de gênero e a lei Maria da Penha. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 06 out. 2010. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.29209>. Acesso em: 21 Abr. 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS) – **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <http://direitoshumandos.usp.br>. Acesso em: 20 de set. de 2018.