

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO BRASÍLIA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM
SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

LURA MACHADO COSTA

**O IMAGINÁRIO SOCIAL QUE PERMEIA A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL**

Brasília
2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO BRASÍLIA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM
SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

LURA MACHADO COSTA

**O IMAGINÁRIO SOCIAL QUE PERMEIA A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL**

Projeto de Trabalho de Conclusão de
Residência apresentado à Fiocruz Brasília
como requisito para obtenção de título
especialista em Saúde da Família com
Ênfase na Saúde da População do Campo.
Orientador (a): ME. Lúcio Costa

Brasília
2021

C837i O imaginário social que permeia a atuação da psicologia em uma unidade básica de saúde rural / Lura Machado Costa -- Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.
[xx f.] : il.

Trabalho de Conclusão de Residência (residência multiprofissional) – Fundação Oswaldo Cruz; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo.

Inclui bibliografia.

Orientação: Lúcio Costa.

1. Psicologia - profissionais. 2. Residência em psicologia. 3. Unidade Básica de Saúde. 4. Psicologia - exercício da profissão. 5. Atenção básica à saúde. I. Costa, Lucio, orient.. II. Título.

BDVS2110

CDU 159.9

Lura Machado Costa

“O Imaginário Social Que Permeia A Atuação Da Psicologia Em Uma Unidade Básica De Saúde Rural ”

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Governo
Fiocruz como requisito para obtenção
do título de Especialista em Saúde da
Família com ênfase em Saúde da
População do Campo

Aprovado em 29/04/2021.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Muna Muhammad Odeh (Universidade de Brasília - UNB)

ME. Rafael dos Reis Bastos

ME. Lucio Costa (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)

Orientador (a)

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender os significados atribuídos pelos profissionais residentes adscritos no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde nº 4 sobre a profissão de psicologia.

A pesquisa almejou realizar uma análise para compreender a percepção institucional do exercício da psicologia na Atenção Básica à Saúde, bem como a dimensão da residência no território.

Estudo analisou dimensões da percepção de quatro profissionais residentes de saúde alocados na Unidade Básica de Saúde, cenário da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Família com Ênfase na População do Campo . Os dados foram analisados por meio de diferentes ferramentas de análises qualitativas e observação participante.

A partir do dados coletados foi possível notar a compressão e possibilidades de atuação comunitária da psicologia no âmbito da saúde da família e a importância da relação da práxis com as demais profissões que compõe a equipe e permeiam a construção dessa percepção.

Palavras-Chave: Atenção Básica; Análise institucional e Residência.

ABSTRACT

The objective of the study was to understand the meanings attributed by resident professionals registered in the territory covered by the Basic Health Unit nº 4 on the profession of psychology.

The research aimed to carry out an analysis to understand the institutional perception of the exercise of psychology in Primary Health Care, as well as the dimension of residence in the territory.

A study analyzed dimensions of the perception of four resident health professionals allocated to the Basic Health Unit, the setting of the Multiprofessional Residence in Family Health Care with Emphasis on the Population of the Countryside. The data were analyzed using different qualitative analysis tools and participant observation.

From the data collected, it was possible to notice the compression and possibilities of community action in psychology within the scope of family health and the importance of the relationship of praxis with the other professions that make up the team and permeate the construction of this perception.

Keywords: Basic Attention; Institutional analysis and Residence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Nuvem de palavras citadas pelos entrevistados, 2021.....	24
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF - equipe da Saúde da Família

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção à Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SES Secretaria de Saúde

RMSFPC - Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básicas de Saúde

UBS-RC - Unidade Básicas de Saúde - Rota do Cavalo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 CONSTITUIÇÃO DA PSICOLOGIA ENQUANTO DISCIPLINA COMUNITÁRIA.....	5
1.2 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	7
1.3 A ATUAÇÃO DE PSICOLOGIA NA ESFERA RURAL.....	8
1.4. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 04 ROTA DO CAVALO.....	9
1.5. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE.....	9
1.6. ESTRUTURA FÍSICA DA UBS.....	10
1.7. PERFIL DA POPULAÇÃO ADSTRITA DA UBS.....	10
1.8. MICRORREGIÕES ABRANGIDAS PELA UBS.....	11
1.9. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NA POPULAÇÃO DO CAMPO.....	11
2.0. AS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL SUSCITADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Nº4.....	15
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. HIPÓTESE.....	17
4. OBJETIVOS.....	17
4.1. OBJETIVO GERAL.....	17
4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
5. METODOLOGIA.....	17
5.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	20
5.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	20
5.3. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
5.4. CUIDADOS ÉTICOS.....	22
5.5. RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	22
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	23
6.2. RESULTADOS ENCONTRADOS.....	23
6.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
8. CRONOGRAMA.....	29
9. ORÇAMENTO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

APÊNDICES	35
-----------------	----

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa representa uma das etapas do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), requisito para a conclusão da especialização em saúde da família com ênfase na população do campo, ofertada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na População do Campo (RMSFPC) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz - Brasília). Este projeto está inserido na linha de pesquisa denominada *O processo de trabalho da saúde do Campo*.

As solicitações demandadas pela comunidade para a Unidade Básica de Saúde, e, por conseguinte, demandadas à psicologia, evidenciam a visão estereotipada do trabalho do profissional de psicologia, bem como sua função dentro da Atenção Básica à Saúde. Historicamente, a psicologia enquanto ciência surge de demandas disciplinares de adequação, ajuste e adaptação do comportamento humano, reduzindo a atuação psicológica ao ajustamento do homem ao meio e excluindo à dimensão social de seu objeto de estudo. A visão do fenômeno psicológico atrelada a uma concepção liberal de homem culmina em uma prática que ignora as relações sociopolíticas, vinculando a psicologia às demandas de um regime disciplinar (1). Essas funções são incorporadas a identidade da psicologia e da atuação dos profissionais até os dias atuais.

Este trabalho se propõe fazer uma análise institucional da Unidade Básica de Saúde Rural nº04 de Sobradinho/DF, conhecida por UBS Rota do Cavalo a partir do olhar das residentes alocadas neste cenário, de forma a Evidenciar a relação entre a psicologia enquanto disciplina e as demandas de saúde comunitárias suscitadas no exercício da profissão na Unidade Básica de Saúde, bem como elencará informações de problemas na identificação das situações de fragilidade no entendimento do exercício da psicologia e garantia do acesso integral à saúde pública, considerando os determinantes e condicionantes sociais postos no conceito ampliado de saúde.

A pesquisa realizada é fruto de uma participação implicada, onde, em interação com o território, a minha análise e o meu fazer prático, interagindo com as demandas da unidade apresentada, me possibilitaram mergulhar nas nuances e compreender as dificuldades de ser fazer uma psicologia para além dos sintomas que chegavam até a mim. Piso e olho para minhas experiências em outra residência e atendimentos profissionais em outros estados e nas leituras,

com arsenal antropológico a construção da teoria vivida (30).

Na construção da estrutura deste texto, sofro influência direta ou indireta de uma ética de convicção anti-racista, associada e em interação com o conhecimento acadêmico-científico adquirido no programa. Parto da necessidade de produzir sem reproduzir um ethos acadêmico branco, direção ativa que orienta ou compõe a pesquisa, estudos e ações da constituição desta pesquisadora.

Nossas palavras também trazem traços importantes e presentes nas produções que não devem ser negligenciadas mesmo que não exploradas no fazer. Podemos destacar uma série de palavras no vocabulário oral da comunidade, signos presentes apenas nos dicionários brasileiros e outras não como as gírias locais importantes nos atendimentos, As forma de comunicação da comunidade e não do Estado e mesmo como objeto de saber o que gente compreende a resistência de certas análises que, ao insistirem na prioridade da luta de classes, se negam a incorporar as categorias de raça e sexo. Ou seja, insistem em esquecê-las, mesmo que elas marquem a população (37)

Dialogando com a reflexão em Fanon (31), onde nela o autor frisa que os ativistas negros sempre combaterão o racismo independentemente das articulações ou conformações políticas, não apenas na ação anti-racista.

Assim sendo, aqui, ética da convicção antirracismo é o preceito e/ou valor moral de não se resignar com o preconceito e a discriminação racial inerente a sociedade brasileira, logo a unidade básica de saúde, bem como as consequências destes, tais como as desigualdades sociais, raciais e epistemológicas.

Esse trabalho tem a função de tornar um texto público haja vista, isso torna vulnerável e inseguro em relação ao que os outros podem e devem julgar. O desgaste emocional na escrita se estabelece pelas avaliações em meio ao contexto político social em dessa da escrita pode ser adoecedor (Becker,2015)

Em última instância da metodologia da pesquisa, a ética é o antirracismo, o preceito de lutar contra o racismo em qualquer esfera da vida social, seja na rua ou no trabalho, na escola ou na universidade, na vida pública ou privada, entre outros espaços, visando desconstruir o mito da democracia racial e, conseqüentemente, construir uma sociedade igualitária de fato.

Esse caminho metodológico passa pelo conflito por monopólio da representação legítima que se expressam na relação da produção científica sobre saúde e a disputa por sua narrativa. As

diferentes faces da população atendida , se destacam os negros, campesinos, periurbanos ou periféricos (Bastos,2018). Essa população não é conhecida ou convive com os residentes e isso apresenta o primeiro estranhamento importante na pesquisa. Na alienação, a base do estranhamento caminha , o discurso dominante justifica o aparelho repressivo, falando de ordem e segurança sociais as desviantes (Becker,2008) (29).

O mapa racial do DF mostra como a periferia é negra, a luta pela terra e moradia no campo do outro lado da rua da cidade. Olhar o mapa racial do DF não nos deixa dúvidas que a periferia é negra e o campo também. Uma diferença fica despona entre a população atendida na unidade e as diferenças sociais não refletidas no programa de residência.

Por isso proponho não enveredar em um enredo sobre as famílias atendidas e sim os profissionais, em algo mais aberto ao novo e, nesse sentido, é importante entender que a pesquisa é feita de diferentes situações concretas para discussão somadas aos outros instrumentos de coleta de dados e anotações durante a rotina de trabalho. Sou também sujeita da pesquisa, tendo minha história de vida presente na investigação, uma tarefa.

Na escrita, por isso, sou confrontada com a necessidade de expor questões problemáticas, contradições da formação dos profissionais para, à luz de dados, propor alternativas.

Na escrita não vou florear ou construir uma imagem ideal da residência, pois ela faz sorrir, sofrer, tem vida e mortes, muitos problemas e um processo constante de procura de soluções para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população e a formação de profissionais.

As análises sociais nunca são idênticas, pois o interior do ser humano, o social, não é mensurável, não é exato, não é passível de análises positivistas. A pesquisa pretendeu refletir várias dimensões das atividades dos residentes em atuação em meio a pandemia que evidenciou várias perspectivas da produção da saúde para a população da rota do cavalo.

A análise crítica do discurso (ACD) procura igualmente padrões, mas dentro de contextos mais amplos, associados a questões sociais e comunitárias. Esta abordagem na psicologia é influenciada pelas ideias pós-estruturalistas, mais precisamente pelo trabalho de Michel Foucault (essencialmente com as relações entre poder/saber e conhecimento). Dialogam com a perspectiva de explorar a relação da linguagem com a subjetividade e as suas implicações para a investigação psicológica .

Dito isso, busquei compreender o imaginário social que permeia as impressões dos sujeitos de pesquisa sobre a atuação da psicologia, sendo este composto por um conjunto de relações imagéticas que atuam como memória afetivo-social de uma cultura, um substrato ideológico mantido pela comunidade. Trata-se de uma produção coletiva, já que é depositário da memória que a família e os grupos recolhem de seus contatos com o cotidiano. Nessa dimensão, identificamos as diferentes percepções dos atores em relação a si mesmos e de uns em relação aos outros, ou seja, como eles se visualizam como partes de uma coletividade.

Nesse sentido, O termo, na concepção de Diaz (38), significa a construção de modelos sociais concebidos padronizadamente. “O imaginário social é uma complexa rede de relações entre discursos e práticas sociais [...]” que interage com as individualidades e se constitui com base nas coincidências valorativas das pessoas. “[...] Instala-se nas distintas instituições que compõem a sociedade e atua em todas as instâncias sociais” (p. 13). Nessa perspectiva, o “novo” imaginário científico supera tanto aquele implantado pela ciência medieval (geocentrismo), quanto parte daquele posto pela visão iluminista de que o homem é sujeito e centro do universo (antropocentrismo). Isso significa que o conhecimento torna-se uma propriedade não mais do sujeito (que conhece), mas sim da própria ciência, concebida ora como “entidade”, ora como “instituição”, capaz de solucionar os problemas humanos e naturais.

O imaginário social, na análise da autora, é mecanismo que nos permite compreender as condutas das pessoas que aspiram certos ideais ou modelos, considerados dignos de serem seguidos. Esses modelos constituem, então, os seus paradigmas reguladores. No entanto, o valor concebido imageticamente é, ao mesmo tempo, individual e social. Dessa forma, “as idéias reguladoras, como idéias que são”, existem tanto na imaginação individual quanto no imaginário coletivo e “produzem materialidade, quer dizer, efeitos na realidade”. Por isso, cada indivíduo “se reconhece a si mesmo como uma entidade empírica e psicológica”, possuindo uma percepção interna, que configura um “eu”. Essa entidade, entretanto, não é suficiente para que o indivíduo possa se formar sozinho, por isso, a relação com o outro é imprescindível para a identidade humana. O imaginário coletivo, então, é fruto dos valores conhecidos e compartilhados numa determinada época. Funciona como parâmetro das condutas, das palavras e das expectativas (38).

Foucault (27) usa o termo discurso, quer para sugerir diferentes formas de estruturar as áreas do conhecimento e práticas sociais, quer para se referir ao desenvolvimento mais amplo e histórico das práticas linguísticas.

Devido ao seu carácter construtivo da realidade social, o discurso tem um efeito decisivo no modo como se configura o mundo social . As práticas discursivas são, afinal, práticas sociais, produzidas através de relações de poder concretas e, numa época determinada, essas relações, por seu lado, apontam para certos efeitos que regulam e controlam a ordem social.

Neste sentido, o objeto de pesquisa é a percepção institucional do exercício da psicologia na Atenção Básica à Saúde, percepção atravessada por contexto social e cultural da formação.

1.1. CONSTITUIÇÃO DA PSICOLOGIA ENQUANTO DISCIPLINA COMUNITÁRIA

A constituição da psicologia se deu pela urgência oriunda do Zeitgeist mecanicista da época em corrigir, adaptar e modelar o comportamento humano, (2) afirmando que: "*(...) pensadores destacados tanto físicos como filósofos, sustentavam que a mecânica era a ciência básica e última, e que os fenômenos estudados por todas as outras ciências naturais podiam e deviam ser explicadas pelos termos e noções fundamentais da mecânica*" (2). Nasce portanto, neste contexto uma ciência pautada no que era considerado "erro" da expressão humana, com o propósito de consertar essa falha de comportamento e/ou personalidade. Sobre o método dessa perspectiva, aponta-se:

O método característico da filosofia mecânica na opinião de seus defensores aparece tão poderoso a ponto de ser aplicável a todos os aspectos da realidade: não só ao mundo da natureza, mas também ao mundo da vida, não apenas aos movimentos dos astros e à queda dos corpos pesados, mas também à esfera das percepções e dos sentimentos dos seres humanos. O mecanicismo atingiu também o terreno de investigação da Fisiologia e da Psicologia. (3)

Essa perspectiva rígida contaminou a percepção social da função da (o) profissional psicóloga (o), bem como o exercício da psicologia.

A rigidez metodológica e científica que pautou a origem da psicologia está imbuída da percepção social, do exercício da profissão, sendo este calcado em um modelo conservador de promoção de saúde, sustentado por teorias que têm o seu foco voltado para a descrição dos comportamentos patológicos. Esta situação contribuiu para uma consolidação da identidade do

psicólogo marcada exclusivamente pelo seu caráter terapêutico, dificultando a construção de um outro profissional que possa atender diferentes situações, como as institucionais e comunitárias (4). Essa herança herdada torna-se um desafio a ser superado no cotidiano da (o) psicóloga (o) inserida(o) no contexto da atenção comunitária.

A partir da década de 70, a Psicologia passa por um momento de transformações significativas decorrentes, em parte, dos questionamentos que envolvem a relevância da Psicologia Social. Entre as questões levantadas naquele momento, estão a falta de relevância social das pesquisas em Psicologia Social, a reivindicação de que se constituíssem um rumo próprio para a disciplina a partir da realidade social, econômica e política latino-americana e o compromisso com a transformação social (5).

O advento da psicologia social comunitária provoca deslocamentos no entendimento de ser humano que se tinha até então, abrindo espaço para um olhar direcionado às singularidades dos sujeitos, rompendo com o paradigma mecanicista, onde o homem, enquanto ser biológico, era tido como passível de ter o comportamento modelado, e a contradição humana era um erro (5). Aqui o sujeito passa a ser visto em sua totalidade e integralidade, considerando o contexto histórico e social a que está inserido. A (o) profissional de psicologia rompe a distância com a (o) usuária (o), aproximando-se da realidade concreta da população (6,7), questionando a neutralidade científica e atuando em conjunto com seu objeto de estudo, em uma perspectiva de promoção de autonomia, pautada na centralidade do sujeito em seu processo terapêutico e potencialidades para a reabilitação psicossocial, tendo por afastar-se dos lugares tradicionais de trabalho construídos até então (5) e, dessa forma, alcançar mudanças significativas na vida do usuário e na comunidade.

O surgimento da Psicologia comunitária na América Latina tem sido relacionado, também, à Psicologia social crítica, à teologia da libertação e à educação popular (8)

1.2. A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A inserção da profissional (o) de psicologia na Estratégia à Saúde da Família (ESF) se deu a partir de intensos debates no campo da saúde pública, que culminou na ampliação do conceito de saúde, abarcando a complexidade dos processos de saúde-doença. Neste contexto de reestruturação junto a demais disciplinas, a psicologia é inserida na Estratégia da Saúde da Família, marcando assim um avanço progressivo nas ações da Atenção Básica à Saúde, antes

pautada pelo biologicismo, uni causalidade, mecanicismo, fragmentado em especialidades e individualismos (9).

O próprio trajeto histórico da saúde pública a um conceito ampliado de saúde, vem requerer a construção de uma práxis sanitária necessariamente interdisciplinar, na qual os elementos psicológicos se tornaram fundamentais, como política de expansão da atenção integral à saúde na APS do SUS (10)

Para a psicologia enquanto ciência, a sua inserção na Estratégia à Saúde da Família, promoveu um divisor em suas práxis, que tem uma trajetória histórica na sociedade brasileira fortemente marcada por compromissos com as elites e com a manutenção do status quo (11, 12, 13).

1.3. A ATUAÇÃO DE PSICOLOGIA NA ESFERA RURAL

As vicissitudes do campo se diferenciam em vários aspectos do contexto urbano, carecendo de diretrizes específicas que contemplem este recorte. Cerca de 30 milhões de pessoas residem em áreas consideradas rurais no Brasil, ou seja, têm seus modos de vida e sua (re) produção social relacionados predominantemente com a terra (14). Assim sendo, ..estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras. (14)

Estar apropriada (o) da rotina da população rural e suas especificidades é fundamental para o desenvolvimento de ações efetivas e emancipatórias. Kurt Lewin (15), discorreu sobre a necessidade de uma fundamentação teórica consistente para a inserção da psicologia na vida real, na comunidade. Segue:

A maior limitação da psicologia aplicada está no fato de que, sem auxílio teórico adequado, teve que seguir o método custoso, improdutivo e limitado de ensaio e erro. Muitos psicólogos trabalhando hoje num campo aplicado estão plenamente conscientes da necessidade de uma cooperação entre psicologia teórica e aplicada. Isto pode ser

conseguido em Psicologia, como foi em Física, se o teórico não olhar para problemas aplicados com medo dos problemas sociais, e se o psicólogo aplicado perceber que não existe nada mais prático quanto uma boa teoria (15).

Portanto, além de romper com os paradigmas mecanicistas e manicomiais, a (o) psicóloga (o) inserido no contexto rural precisa romper com as sugestões urbanas que basearam a produção acadêmica, sendo estes conteúdos produzidos baseados em modelos de existência eurocêntricos, e no apagamento de qualquer outra expressão cultural. As características próprias do ambiente rural, requerem uma maneira, uma metodologia mais adequada a ela a partir da avaliação das teorias que foram desenvolvidas para ambiente urbano (16).

1.4. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 04 ROTA DO CAVALO

A Unidade Básica de Saúde nº 04 Rota do Cavalo está localizada na DF 440, Km 12, espaço anexo à Capela Nossa Senhora de Fátima, e a 10,4 Km, 14 Km e 22 Km, respectivamente, das cidades de Itapoã, Sobradinho I e Paranoá (17).

Tem horário de funcionamento das 07:00 às 17:00, de segunda à sexta-feira, exceto em feriados ou pontos facultativos quando estabelecidos pelo Diário Oficial da União do Governo do Distrito Federal (17).

A Unidade faz parte da Gerência de Atenção Primária à Saúde número 4, juntamente com a Clínica da Família localizada em Nova Colina. Também integra os seguintes equipamentos de Saúde: Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Sobradinho II, Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar e outras unidades de saúde (17).

Os serviços de saúde oferecidos são consultas de enfermagem (realização de preventivo, pré-natal, Crescimento e Desenvolvimento de Crianças, procedimentos de enfermagem, como curativos e medicação, demandas espontâneas, clínica médicas, entre outros) e consultas de medicina, sala de vacinas toda quinta-feira, acompanhamento nutricional através do NASF, acompanhamento odontológico, entre outros (17).

1.5. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) nº4 é composta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) 604, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e equipe de apoio aos serviços gerais. Parte da atual equipe da Unidade Básica de Saúde nº4 da Rota do Cavalo começou em 2009 na Unidade Básica de Saúde de Nova Colina, que precisou ser fechada por conta dos aluguéis atrasados e da estrutura precária do prédio que ameaçava cair a qualquer momento. Houve, então, uma mudança da equipe para o posto de saúde da Quadra 14 de Sobradinho que, a princípio, trabalhou na Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS). O médico entrou na equipe em 2011 ainda nesse local. Mesmo sendo numa região mais afastada, a equipe já era responsável por toda a área que passaria a ser a Rota do Cavalo (17).

A ESF é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma agente comunitária de saúde (ACS), uma dentista e uma técnica em saúde bucal. A equipe NASF-AB é composta por uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma assistente social. E a equipe de apoio aos serviços gerais é composta por uma auxiliar de limpeza e quatro seguranças (dois diurnos e dois noturnos) (17).

1.6. ESTRUTURA FÍSICA DA UBS

O espaço constituído pela UBS faz parte da Igreja Nossa Senhora de Fátima, e foi cedido pelo padre através da articulação da Selma, primeira enfermeira da equipe. Nesse ano, havia somente o consultório do médico, da enfermeira e a cozinha, que foi construído com ajuda dos moradores da região, que doaram os materiais e mão de obra. 12 A última reforma da UBS foi feita em dezembro de 2018, com apoio financeiro do Governo do Distrito Federal (17).

O espaço físico da unidade conta com dois consultórios (médico e enfermagem), sala para coleta de exames, acolhimento e vacina, sala de reuniões, que também é a sala das ACS e das residentes, sala de espera, cozinha, banheiro masculino e feminino (17).

1.7. PERFIL DA POPULAÇÃO ADSTRITA DA UBS

Com relação ao perfil da população adstrita na UBS, existem 2.563 usuários cadastrados no sistema E-SUS na Unidade Básica de Saúde nº04 da Rota do Cavalo. É perceptível que a maior quantidade de pessoas apresenta a faixa etária entre 20 a 59 anos, aproximadamente 50% dessa categoria é do sexo feminino, e 50 % do sexo masculino, com o total de 1487 usuários (17).

O relatório de cadastro individual demonstra que 65% da população se declarou parda, tendo um total de 1654 usuários, representando mais da metade da quantidade de usuários entrevistados na região (17).

Quanto à escolaridade, 580 usuários concluíram o ensino fundamental (5a a 8a série), 468 usuários concluíram o ensino médio, médio 2o ciclo. É importante destacar também que nessa avaliação, 99 pessoas declararam que não apresentam nenhum nível de escolaridade (17).

De acordo com os dados do E- SUS, 685 usuários da Unidade de Saúde não trabalham. Com relação a ocupação foi verificado que 71 pessoas trabalham como caseiro (agricultor), 57 são pedreiros, 48 são trabalhadores volantes de agricultura, 37 empregadas (17).

1.8. MICRORREGIÕES ABRANGIDAS PELA UBS

A área de abrangência é composta por seis microrregiões que foram delimitadas pela equipe da unidade tendo em vista que existem áreas com mais aglomerações do que outras e demandam uma maior atenção (17).

1.9. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NA POPULAÇÃO DO CAMPO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação em saúde em nível de pós-graduação que tem como principal característica realizar-se através do trabalho em saúde. Na conjuntura recente, há ampliação das políticas de formação em saúde, dentre as quais se situa a RMS.

A primeira experiência de RMS acontece em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e desenvolvida no Centro de Saúde Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre. A então nova modalidade de formação em saúde era desenvolvida na atenção básica, chamava-se Residência Integrada em Saúde Coletiva e contemplava a formação integrada de assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (20). Contudo, é somente em 2005 que a RMS é instituída legalmente como modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde(SUS).

No escopo da proposta geral da RMS, dentre outras questões, há duas centrais: a integralidade das ações em saúde e o trabalho interdisciplinar.

A integralidade é uma das bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e foi inscrita como um dos princípios do SUS: o atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas e sem prejuízos dos serviços assistenciais, ou ainda, o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Do ponto de vista teórico, a integralidade é um termo polissêmico. Filiamo-nos ao conceito de integralidade apresentado por Closs (21):

Parte-se do pressuposto de que a integralidade fundamenta-se na compreensão abrangente das necessidades de saúde, tendo em vista efetivar o conceito ampliado de saúde no cotidiano do SUS. Implica, assim, a percepção dessas necessidades como circunscritas ao campo dos direitos sociais. Esses direitos, construídos historicamente, dizem respeito ao reconhecimento das necessidades de sujeitos concretos, do processo de politização destas necessidades e sua inscrição no plano da legislação.

Dentro do aporte possível de um programa de residência, a integralidade é abordada, em tese, numa perspectiva que considera o conceito ampliado de saúde em relação ao ambiente social, cultural e político desses sujeitos, os usuários. Segundo Paim (22), a integralidade nas bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira, incorpora em uma totalidade quatro perspectivas, quais sejam:

como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersectorial.(PAIM, 2008, p. 15).

Na sistematização de Paim (22), o conceito de integralidade adquire traços multidimensionais, implicando o trabalho dos profissionais e o trabalho produzido pela própria organização do SUS, tendo como pano de fundo as determinações sociais em curso. Pensar a relação entre integralidade e RMS, remete-nos à justificativa para a existência desses programas de residência, ou seja, a busca por um atendimento que considere as necessidades múltiplas de saúde e uma proposta de trabalho coletivo em saúde e de uma ação interdisciplinar. O novo desta proposta é justamente a possibilidade das práticas interdisciplinares, podendo resultar ainda numa

interação intersetorial das políticas sociais públicas. Esse movimento de tirar o foco da atenção às patologias e voltar-se para às múltiplas áreas de atuação a partir de variadas necessidades de saúde representa uma inovação na proposta de residência em saúde é um passo no sentido da construção cotidiana de práticas de integralidade. Mendes (23), estabelecendo a relação entre a integralidade, as necessidades de saúde e as possibilidades da RMS, assinala:

[...] apreendemos a necessidade de reorientação da formação de recursos humanos para o SUS, voltada para a promoção da saúde, com foco na integralidade e na intersetorialidade, e comprometida com a gestão democrática e a interdisciplinaridade. A residência multiprofissional pode ser uma importante contribuição nesse sentido, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, e potencialmente capaz de articular as diferentes profissões entre si, promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas. Entretanto, não está assegurado de antemão que as residências vão cumprir esse papel, sobretudo porque sua implantação tem se dado num contexto de desmonte, sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde, e de exacerbação dos corporativismos. (23).

A autora aponta as possibilidades trazidas por esta modalidade de formação que congrega múltiplos saberes e se realiza a partir do trabalho coletivo em saúde. Entretanto, Mendes alerta que o fato de haver determinadas possibilidades arroladas na RMS não assegura sua realização, principalmente em tempos de desmonte do SUS.

Na perspectiva da RMS, a interdisciplinaridade é uma metodologia de realização do trabalho e da formação em saúde. Nessa esteira, como afirmam Silva e Mendes (24),

[...] a construção da prática interdisciplinar tem o potencial de contribuir para a superação de uma visão/ação compartimentada, fragmentária e individual em saúde. Esta construção pressupõe que cada uma das categorias profissionais ofereça sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos. Preserva-se, portanto, a autonomia das áreas do saber envolvidas, ao mesmo tempo que se pressupõe a socialização de conhecimentos com o objetivo da (re)construção das ações das equipes de saúde.

O escopo da RMS aponta a interdisciplinaridade como uma proposta de metodologia de trabalho que se opõe à lógica da especialidade técnica isolada, posta historicamente no campo da saúde. Como analisa Sodré (25), *“a especialidade técnica na saúde criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse uma junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano”*. Ou seja, de fato a RMS tem no seu escopo teórico a busca pelo desenvolvimento de práticas interdisciplinares, contudo é imprescindível considerarmos que de forma geral essas práticas se desenvolvem em instituições, serviços etc. que historicamente realizaram suas práticas de forma isolada e compartimentada. Essa constatação não apequena a interdisciplinaridade posta como possibilidade metodológica na RMS, ao contrário, considera essa interdisciplinaridade a partir do contexto histórico e como parte da totalidade em que se inscreve – o trabalho em saúde.

O movimento de não tratar a intenção do trabalho interdisciplinar como realização é fundamental para que se busque não só a implementação de práticas interdisciplinares a partir de leituras críticas da política de saúde e dos cenários de prática da RMS, mas também que essas práticas construídas a partir da ponderação dos aspectos históricos e contraditórios possam sustentar-se, ao longo do tempo, de maneira mais efetiva do que as que se apresentam estritamente prescritivas e idealizadas.

É imperativo apontar que a inserção de profissionais de diferentes áreas do saber numa equipe de saúde, ainda que seja crucial, não é suficiente à garantia de práticas efetivamente interdisciplinares. E também, que tão importante quanto a implementação de práticas interdisciplinares é a sua sustentação como proposta de metodologia de trabalho ao longo do tempo nas instituições e serviços etc. e que essa sustentação só é possível a partir de uma leitura crítica e conjuntural.

No que se refere à formação para o SUS, a RMS produz uma ação inovadora na medida em que supera a lógica da residência médica historicamente vinculada à especialização do médico e de outras residências uniprofissionais que, embora não tenham como objetivo central especializar os profissionais, realizam a formação entre seus pares, perdendo assim, em certa medida, a discussão coletiva e multiprofissional.

Nas bases de instituição da RMS está presente a busca por uma formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional, e a realização desses saberes em práticas. Possibilita a socialização de

conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde. Nesse sentido, a implementação e sustentação desta formação em serviço a partir da interdisciplinaridade é um dos desafios comuns a todas as RMS.

Dentro deste contexto, surge Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase no Campo (RMSFC), inicialmente, um único programa em Pernambuco, depois fruto da parceria entre a Escola de Governo Fiocruz (EGF) e o Governo do Distrito Federal por meio da Secretaria de Estado da Saúde, um programa foi criado em 2018 e tem como território de atuação áreas rurais do Distrito Federal. Atualmente, há duas turmas, sendo que primeira (2019-2021) composta por dezesseis profissionais de saúde atuando nas Unidades de Básicas de Saúde (UBS), sendo elas, Bica do Der, Morumbi e Rota do Cavalo, contemplando as especialidades de profissional de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. E a segunda turma (2020-2022), composta por vinte e três profissionais das áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, que atuam nas USB: Pipiripau, Rio Preto, São José, Tabatinga e Taquara.

Nesse sentido, a RMSFC desponta como uma experiência pioneira provocada pelas necessidades de assistência à saúde da população que, historicamente, teve seus direitos de acesso às políticas públicas negados num país onde a estrutura fundiária escravocrata determina a concentração de poder político-econômico, conferindo a população do campo condições precarizadas de vida.

Como uma experiência inovadora, a turma pioneira do DF, emerge em meio a vários obstáculos, como a ausência de produções acadêmicas que auxiliem nas práticas cotidianas dos cenários, sendo necessário adaptar teorias para a realidade campesina, que difere principalmente ao acesso ao cuidado em saúde. Esta, portanto, foi a primeira vez que a comunidade e o serviço de saúde entrou em contato com profissionais de diversas disciplinas.

Esses obstáculos tendem a se refletir nas respostas das profissionais residentes no questionário, e também no desenvolvimento da pesquisa.

No processo formativo da RMSFC é proposto a vivência dos residentes, por meio da imersão no território, serviço e/ou equipamento intra ou intersetorial, visando que o/a residente conheça a realidade do cenário de prática a fim de ampliar seu olhar profissional para a diversidade dos sujeitos, territórios, processos e organização do trabalho e culturas - levando em

consideração suas especificidades para a produção de saúde-doença-cuidado e organização dos serviços de saúde.

2.0. AS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL SUSCITADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Nº 4

Cotidianamente a (o) profissional de psicologia inserida (o) no contexto da Atenção Básica à Saúde é sobrecarregada (o) com demandas de laudos, relatórios, atendimentos individuais voltados para a avaliação psicológica, testagem com intuito de diagnosticar a (o) usuária (o) que apresenta sofrimento mental e está vinculada (o) a Unidade Básica de Saúde. Essas demandas partem tanto da equipe que constitui a Estratégia de Saúde da Família, como dos usuários, restringindo e reduzindo a atuação da(o) profissional e o alcance comunitário da psicologia. Além desses percalços de acesso a comunidade, que prejudicam o vínculo e afeta diretamente a possibilidade da(o) profissional em executar ações de prevenção e promoção de saúde, planos de ações pautados em estratégias relacionadas com a realidade da comunidade a qual está vinculada (o). Esta atuação reforça a estigmatização, dependência e tutela dos sujeitos acometidos de sofrimento psíquico, endossando uma perspectiva de indivíduos alienados que, supostamente, necessitam de controle sanitário.

Esse tipo de atuação se alinha ao paradigma manicomial, já superado teoricamente e na práxis, mas que, entretanto, ainda vigora e é estimulado por interesses econômicos e de manutenção de poder.

2. JUSTIFICATIVA

A residência multiprofissional em saúde tem como objetivo potencializar a relação teoria-prática na promoção da saúde, o que torna fundamental reflexões acerca da organização dos processos de trabalho, e aqui, nos detemos particularmente as ações da Psicologia.

O imaginário social é constituído por vários fatores sócio- históricos que atravessam a práxis psicológica, e a relação entre usuário, profissional de saúde e serviço. Ao lidar com os diferentes determinantes sociais da saúde no contexto de atuação em Unidade Básica de Saúde Rural do Distrito Federal, nos deparamos com a necessidade de romper padrões estereotipados

para execução de uma prática psicológica adequada para o contexto, humanizada e emancipatória. Capaz assim, de alcançar as necessidades reais do território. Verifica-se que as produções normativas e científicas voltadas para a Psicologia atuante na saúde da população do campo, que vive no campo, para o campo e do campo, são exíguas. Portanto, esse estudo aponta as lacunas de compreensão comunitária sobre o papel da psicologia e a falta de componentes estruturados que abarque as especificidades dessa população e que possibilitem a qualidade da atuação profissional perante os usuários e suas famílias, a partir da compreensão da realidade social desses sujeitos.

Desta forma, considerar o âmbito cultural é um dos elementos principais para entender os processos de saúde-doença que deterioram a qualidade de vida desse público, aponta a importância desse estudo, no contexto da Atenção Básica à Saúde, que é porta de entrada dos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, a articulação entre os saberes e as práticas no agir profissional, a partir do conhecimento de demanda e mediações que interfira nas realidades vividas – e que envolve o contexto socioeconômico e político, as políticas sociais e os contextos institucionais – e os referenciais teóricos e metodológicos, da psicologia, potencializam ações e resultados do trabalho da (o) profissional de psicologia.

3. HIPÓTESE

Existe uma relação entre o paradigma mecanicista europeu que cedeu bases científicas e teóricas para constituição da psicologia e a ideia que se tem acerca do exercício profissional da psicologia, bem como as demandas direcionadas a psicologia na Atenção Básica Saúde e no território rural?

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Refletir sobre as demandas comunitárias em saúde mental e de que forma elas viram encomendas por diagnósticos e laudos psicológicos.

4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Fazer um levantamento do território e sua população, de forma a contextualizar a inserção da Unidade Básica de Saúde na área, e assim compreender as demandas da comunidade;
- Identificar o entendimento de Saúde Mental no território;
- Analisar as estratégias utilizadas na Unidade Básica de Saúde para na oferta de serviços.
- Descrever as demandas comunitárias em saúde mental da população inserida no território da Unidade Básica de Saúde Rota do Cavalo.
-

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que realizará uma análise institucional voltada para a identificação do entendimento social do papel do psicólogo inserido na Estratégia de Saúde da Família, por meio da Análise do Discurso à luz da teoria Foucaultiana, de modo a investigar não "o que está por trás", nem "o que se queria dizer" com aquilo, mas sim descrever quais são as condições de existência de um determinado discurso. Suspendendo continuidades, acolhendo cada momento do discurso e tratando-o no contexto de relações em que está imerso, é possível levantar um conjunto de significantes, em sua singularidade e questionar: afinal, por que essa singularidade acontece ali, naquele lugar, e não em outras condições?

...[não há] enunciado livre, neutro e independente; mas sempre um enunciado fazendo parte de uma série ou de um conjunto, desempenhando um papel no meio dos outros, neles se apoiando e deles se distinguindo: ele se integra sempre em um jogo enunciativo, onde tem sua participação, por ligeira e ínfima que seja. [...]. Não há enunciado que não suponha outros; não há nenhum que não tenha, em torno de si, um campo de coexistências. (18)

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde nº 4, situada na zona rural Rota do Cavalo DF - 440, em Sobradinho I, Distrito Federal, Brasil.

Contou com a aplicação de 04 questionários que constam no Apêndice, que serviram de subsídio para a análise do discurso. Sendo quatro entrevistas semiestruturadas aplicadas com as (os) residentes profissionais lotados na Unidade Básica de Saúde nº 4.

Os questionários foram aplicados na Unidade Básica de Saúde nº 4 para as (os)

profissionais residentes no período em que estiveram no serviço, não sendo necessário assim, o deslocamento para participação na pesquisa. Foram utilizados instrumentos de gravação de áudio, para a aplicação do questionário.

Para a aplicação do questionário, foram distribuídas máscaras cirúrgicas, foi mantida distância de dois metros entre o pesquisador e a amostra.

5.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram da pesquisa todas (o) residentes de saúde do programa RMSFC vinculada (o) à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, lotado na Unidade Básica de Saúde nº 4, em exercício profissional ativo, que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Residente (º) de saúde que não estava (o) vinculada (º) a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que não estava (o) lotada (º) na Unidade Básica de Saúde nº 4, e que estava (o) gozando de férias, licença, atestado ou afastamento no período de aplicação do questionário ou/e que não concorde e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.3. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi realizada pesquisa documental para identificação de fontes diversas de informações, que permitam compreender a realidade da População do Campo brasileira e, especificamente, do Distrito Federal. Assim, foram selecionados documentos governamentais, tais como pesquisas, planos, programas, e também pesquisas científicas com dados gerais dessa população. Ademais, foram selecionadas normas legislativas, como leis, decretos, bem como atas, relatórios, ofícios e outros documentos produzidos em reuniões governamentais, reuniões com a presença de movimentos sociais da população do campo, que serviram de suporte para identificar as principais demandas da população.

Esse material reunido foi analisado no intuito de estabelecer uma base qualificada de

dados para embasar as questões que compuseram o referido instrumento, ou seja, o Formulário que é o objetivo deste estudo.

Foram pesquisados relatos de experiência sobre a atuação da Psicologia na Atenção Básica à Saúde, consolidados e publicados, de forma a identificar categorias-chave para subsidiar o instrumento, mediante os conceitos da psicologia comunitária, análise do discurso, biopoder, processos de saúde-doença. Ainda, os dados secundários epidemiológicos da saúde da população do DF foram utilizados para compreender a realidade do acesso às políticas públicas, especialmente à política de saúde, assim como os instrumentos que exploram a organização da rede de saúde, a fim de embasar elementos voltados especificamente para a área.

Com todas as informações categorizadas e sistematizadas de acordo com cada área de conhecimento, seus elementos foram organizados de forma coesa, dando início à primeira fase da execução do objetivo deste estudo, ou seja: o instrumento foi apresentado no formato de pré-entrevista de forma a testar as possibilidades de composição desse instrumento. A segunda fase de construção do instrumento se deu com a aplicação da mesma em relação ao sujeito de pesquisa. Dessa forma, foi possível avaliar o instrumento como um todo, e também questões específicas, identificando possíveis necessidades de alterações.

A identificação das alterações que porventura foram necessárias aconteceram em virtude da ausência de informações necessárias para o estudo, ou do aparente desconforto do sujeito ao responder as questões do instrumento, informação desnecessária e/ou sobressalente que não interferiu no estudo; e até mesmo de uma pergunta construída de forma confusa.

Dessa forma, após a aplicação do instrumento sem a necessidade de alteração em nenhum item, este foi considerado adequado, tornando-se o modelo definitivo.

5.4. CUIDADOS ÉTICOS

O instrumento foi aplicado nas dependências da Unidade Básica de Saúde nº 4, em ambiente reservado, considerando o caráter sigiloso das informações coletadas, tomando todas as medidas de proteção referentes ao combate do Covid19, em dia e horário combinados previamente com o entrevistado. Os dados dos participantes foram tabulados em planilha do software Excel, e foram identificados por meio de números, sendo de acesso exclusivo da pesquisadora, e serão mantidos em arquivo por cinco anos para fins de consulta a qualquer tempo.

Respeitando as condutas éticas apontadas pela Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fiocruz, a aplicação do instrumento para a pesquisa ocorreu após a aprovação pelo respectivo comitê (19).

Antes da aplicação do instrumento foram esclarecidas as informações e etapas da pesquisa, de forma clara e acessível, em condição, local e tempo adequados, considerando as peculiaridades do participante e permitindo ao participante refletir sobre a tomada de decisão livre e esclarecida. Após essa etapa, e com a concordância da participação, foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I) já assinadas pela pesquisadora, para que pudessem ser lidas e assinadas também pelo participante, ficando uma via com ele e outra com a pesquisadora.

5.5. RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Esta pesquisa teve como benefícios a reflexão crítica sobre a interdisciplinaridade no âmbito da APS, bem como, desponta a residência multiprofissional como modalidade de formação potencial para qualificar profissionais à luz dessa perspectiva.

A pesquisa também apresentou alguns riscos, tais como: possíveis desconfortos ao responder às questões do formulário, vergonha, insegurança, incômodos no geral devido às perguntas específicas sobre a realidade do participante. No entanto, foi garantido a ele maior tempo para as respostas, a liberdade para negar resposta das questões que porventura gerasse incomodando, a realização da pesquisa em outro momento, ou a desistência da pesquisa a qualquer momento.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

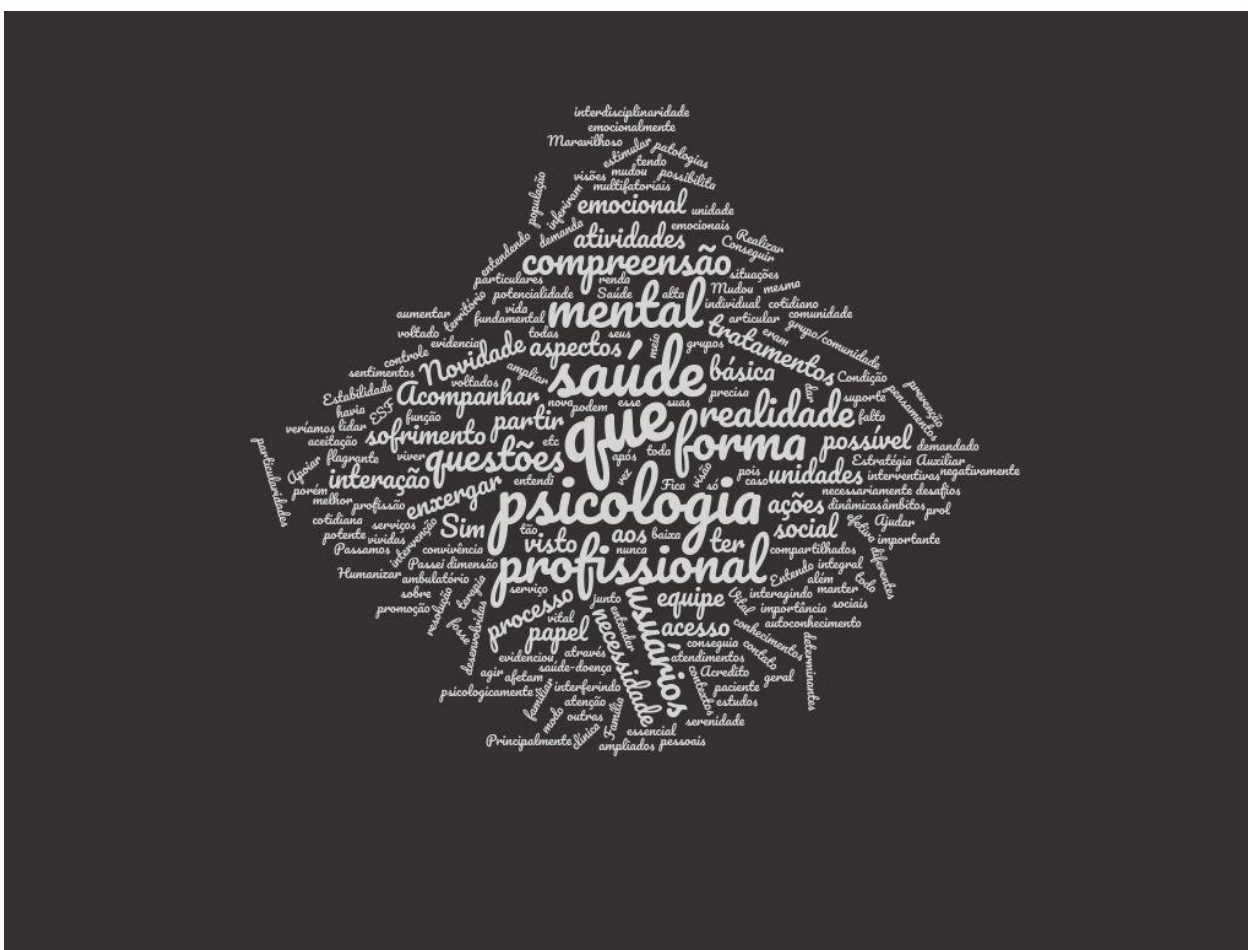
6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra final foi composta por quatro participantes, do sexo feminino, profissionais residentes, atuando profissionalmente na UBS-RC de diferentes especialidades, sendo a amostra composta, por assistente social, enfermeira, fisioterapeuta e nutricionista. A escolha destas profissionais se deu pelas dimensões de suas imersões no cenário, sendo possível somente via residência em saúde, e suas formações refletem diferentes perspectivas diante das demandas do território.

6.2. RESULTADOS ENCONTRADOS

Na análise *corpus* textual das entrevistas pelo método Nuvem de Palavras, foi realizada a configuração das palavras citadas, sendo que o tamanho das palavras está relacionado com a frequência que elas foram mencionadas pelas participantes. As palavras “saúde”, “psicologia”, “mental”, “forma”, “compreensão” foram citadas com frequência durante a entrevista.

Figura 1 - Nuvem de palavras citadas pelos entrevistadas, 2021.



Fonte: Wordcloud

6.3 ANÁLISE DOS DADOS

As palavras mais citadas na entrevista evidenciam as influências que a profissional de

psicologia inserida em uma eSF trouxe para unidade, despertando a equipe para demandas para além do físico, observa-se isso no uso da definição “saúde mental”, que passou a ser incorporada no cotidiano da UBS a partir do contato com a psicologia, neste contexto, representada pela figura da profissional. A partir de um olhar para demandas que, por vezes, são negligenciadas ou engolidas pela tendência biomédica, nota-se essa mudança de perspectiva pelo uso das palavras, “emocional”, “sofrimento”, “compreensão”, “enxergar”. Como pode ser observado nas seguintes respostas:

“ [...] atendimentos compartilhados com a psicologia podem ampliar a visão do processo de saúde-doença de toda a equipe uma vez que a dimensão emocional pode estar interferindo em tal processo.”

“ [...] o trabalho é voltado para a interdisciplinaridade, o que possibilita ter diferentes visões sobre as questões de saúde [...]”

Portanto, a presença da profissional de psicologia *per se*, suscita a necessidade de olhar para subjetividade do sujeito em sofrimento que busca acolhimento na unidade para além do corpo. Entretanto, nota-se também a expectativa sobre a psicologia, expectativa atravessada pelo paradigma mecanicista (2), que muitas vezes reduz a profissional a atuação clínica, sendo-lhe designada demandas interventivas da ordem do atendimento individual, da avaliação psicológica, da produção de laudos e relatórios, como sugere as seguintes respostas: “*Ajudar na resolução de questões pessoais.*”, “*Acompanhar pessoas em sofrimento.*”, “*Auxiliar na compreensão e aceitação das situações vividas pelo paciente.*”

Ainda assim, atuações no âmbito territorial, comunitário e institucional foram citadas, demonstrando por parte das entrevistas, a capacidade de desconstrução do paradigma mecanicista, e possibilidade de incorporação do modelo interprofissional na práxis cotidiana (9), segue:

“Estar em contato com o território, entendendo suas particularidades e agir a partir dos seus determinantes sociais em prol da saúde mental da comunidade como um todo.”

“Entendo que a psicologia tem um papel fundamental e que tem uma potencialidade dentro da Estratégia de Saúde da Família, interagindo com a equipe de saúde de forma a articular ações interventivas junto aos usuários do serviço de saúde.”

“Passei a enxergar a psicologia para além da clínica, do ambulatório, mas como uma profissão que tem como função a compreensão da realidade a partir dos conhecimentos ampliados de saúde mental, voltados para ações de intervenção em contextos multifatoriais.”

Nesse sentido, entendo que o modelo de formação RMS tem a potência de promover diálogos interdisciplinares, e de quebra de paradigmas apesar de suas contradições. (25)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sua proposta inicial, a RMSFPC nasce como possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS. Enquanto proposta de formação – não como trabalho precário – a RMSFPC, em tese, tem no seu horizonte a construção de práticas interdisciplinares capazes de se interpor a lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres tão característica à política e ao trabalho em saúde. Contudo, essa possibilidade tão rica e tão condizente com a proposta do SUS seminal exige condições para a sua realização, caso contrário, torna-se uma potência de formação em termos estritamente retóricos. O parâmetro para a análise da potencialidade da RMSFPC não pode ser a afirmação de que a RMSFPC é em si uma formação voltada à integralidade e à interdisciplinaridade nas práticas em saúde. Ora, a RMSFPC não é isso em si, mas o é enquanto proposta original e potencialidade.

O que cria as circunstâncias fundamentais para que a proposta original da RMSFPC se realize de fato, se torne materialidade, são as condições básicas para a sua realização. Dito de outra forma, há na legislação da residência uma contradição explícita que, de um lado, afirma uma formação com foco na integralidade e interdisciplinaridade e, de outro, cria as condições práticas para a precarização e exploração intensa da força de trabalho do residente que atuará por dois anos com uma carga horária semanal de 60h. A constituição e implementação do SUS trouxe em seu bojo a possibilidade e a necessidade de novas modalidades e estratégias de formação; e a proposta original da RMSFPC, em termos de ideia, atende aos princípios do SUS. Entretanto, partindo do pressuposto da existência de disputas no interior do SUS e nos direitos sociais em geral, a legislação que regulamenta a RMSFPC cria as condições para o esvaziamento da proposta de formação e caminha no sentido de que a presença do residente se estabeleça como

possibilidade de mão de obra barata e precária nos serviços de saúde. A RMSFPC é uma formação que se dá pelo e para o trabalho em saúde; portanto é altamente atravessada pela conjuntura do desmonte das políticas sociais, especialmente a política de saúde na sua dimensão de recursos humanos.

É a característica central da RMSFPC – ser ensino em serviço – que a torna, de um lado, uma possibilidade de formação interdisciplinar conectada com o cotidiano concreto das necessidades de saúde e, de outro, tão vulnerável à sua apreensão como trabalho precário. É justamente por sua característica central que os parâmetros postos na regulamentação dessa formação são indicativos dos sentidos que a RMSFPC vem assumindo no SUS. Dessa forma, não é admissível o movimento de tratar a intenção de uma formação interdisciplinar como realização da mesma, na medida em que essa retórica de formação pode apequenar-se como faces de um aprender fazendo, de mais uma mão de obra no serviço etc.

Apreender a RMSFPC enquanto processo histórico e não como afirmação retórica de sua potência enquanto formação é o que possibilita uma reconexão com os princípios basilares do SUS. Ou seja, para buscar a construção de uma RMSFPC que esteja vinculada a uma proposta de formação em serviço no SUS e não a uma lógica de trabalho precário premiado com um título de especialista, é necessária a leitura crítica da conjuntura em que se insere, assim como a análise de adequação entre a proposta de formação e as condições para a efetivação dessa formação que acontece via trabalho em saúde. Condições essas que se apresentam na legislação que regulamenta esta modalidade de formação, bem como nos conteúdos curriculares e nas metodologias de ensino utilizadas.

É urgente analisarmos a RMSFPC não apenas por sua proposta inicial, mas também pelas condições contraditórias de sua realização ao longo desses anos de implementação.

Ao analisar o campo dos discursos passam a ser cada vez mais discutidos conceitos como , raça, classe, gênero ou identidade. Eles têm sido usados de modo amplo, como termos da “moda” (32), em uma “explosão discursiva” (33), frequentemente representando concepções diferentes e possibilidades. Na maior parte das vezes, entretanto, surgem como importantes instrumentos da análise das práticas discursivas, da crítica antiessencialista e do combate às concepções racionalistas de sujeito.

Importante ressaltar que mesmo considerando o valor político e a importância social das

narrativas minoritárias, HALL (33), aponta para os riscos desse tornarem elas próprias as narrativas hegemônicas e dominantes ou ainda de caírem novamente nas armadilhas do essencialismo ou de uma nova estratificação das interpretações em um reducionismo conservador. Segundo HALL, o esforço aqui seria o de manter uma análise que não se ocupe em eleger um “sujeito cognoscente” (33), que estaria mais ou menos próximo da verdade, mas sim manter a análise sobre as práticas discursivas e sua relação com os sujeitos, explicitando, inclusive, as políticas de exclusão que ela poderia vir a implicar.

A prática do discurso não deve ser compreendida nas operações de fala e suas competências cognitivas. Em contraste com o naturalismo das definições essencialistas, a análise dos discursos procura perceber o movimento e a dinâmica dos processos sociais nas consolidações de sentido que foram sendo sedimentadas. Principalmente em como estas significações se dispuseram a partir de suas relações com a exterioridade e suas ininterruptas demandas de estabilização e transmissão de novos conteúdos a partir de sua posição social na estrutura brasileira.

Os impasses na atuação dos psicólogos na saúde pública surgem na confluência de diversos vetores, o principal destes foi destacado e ressaltado nas respostas coletadas nas entrevistas, que reforça o estereótipo social do exercício da profissão, voltado para a descrição dos comportamentos patológicos. Esta situação contribuiu para uma consolidação da identidade do psicólogo marcada exclusivamente pelo seu caráter terapêutico, dificultando a construção de um outro profissional que possa atender diferentes situações, como as institucionais e comunitárias. Esta percepção da psicologia coaduna com a tradição da formação em Psicologia no Brasil calcada em um modelo clássico de clínica, liberal, privada, curativa e individual, inspirado na clínica médica.

A progressiva e permanente transformação do SUS e a prática requerida aos psicólogos nesse setor permitiram significativos avanços no desenvolvimento de uma atuação mais pertinente e resolutiva por parte dos psicólogos; entretanto, como mostra parte da literatura recente, ainda há muito a ser revisto. Temos um cenário que aponta a importância da ampliação das ações no trabalho dos psicólogos na saúde mental, ampliando não somente a clínica mas também as intervenções extraclínicas.

Nessa direção, vale ressaltar o impacto da implantação da saúde da família como principal estratégia para reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde (Brasil, 2004a). Entre outros resultados, essa estratégia tem se mostrado um elemento promotor de integração entre a atuação específica das equipes de saúde mental e as ações das equipes de saúde da família.

Importante ressaltar que a imaturidade do programa RMSFC, sendo esta turma a primeira do DF, atuando de forma experimental, reflete-se nas respostas da entrevista, ora, a RMSFC é a primeira experiência profissional dos residentes, portanto, estarão contaminados por percepções rasas acerca do exercício da psicologia. Entretanto, nota-se uma abertura para a desconstrução de impressões estereotipadas por parte das entrevistadas, e um movimento de interesse em conhecer e incorporar a saúde mental em sua prática cotidiana. Além disso, é possível notar a compressão sobre a possibilidade de atuação comunitária da psicologia em algumas respostas.

7. CRONOGRAMA

Quadro 1. Cronograma referente às atividades a serem desenvolvidas

ETAPAS	2020	2021										
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Submissão ao CEP (orientador)						X						
Escrita do Projeto				X	X	X	X					
Coleta de dados								X	X	X		
Análise de resultados									X	X		
Redação do artigo										X	X	
Apresentação do TCC 2												X
Envio dos resultados para revistas												X

8. ORÇAMENTO

Quadro 2. Orçamento detalhado para execução do projeto.

Nome	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Gasolina	35 Litros	4,30	150,50
Resma de papel A4	1 Unidade	22,90	22,90
Pacote de caneta esferográfica, com 25 unidades	1 Unidades	20,69	20,69
Pacote de máscara cirúrgica de 50 unidades	1 Unidade	45,90	45,95
Xerox/ impressão dos instrumentos	20 Unidades	1,00	20,00
TOTAL			260,04

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Figueiredo, LC, Santi, PLR. Psicologia uma (Nova) Introdução. São Paulo: Educ, 1997.
- 2 Nagel, E. The structure of science: Problems in the logic of scientific explanations. New York: Harcourt, Brace & World, 1961.
- 3 Rossi, P. O nascimento da ciência moderna na Europa. (A. Angonese, Trad.). Bauru: EDUSC, 2001.
- 4 Contini, MLJ. Discutindo o Conceito de Promoção de Saúde no Trabalho do Psicólogo que Atua na Educação. Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília, v. 20, n. 2, 2000.
- 5 Carvalho, BP, Souza, TMS. A escola de São Paulo de psicologia social: apontamentos históricos. Psicologia em Estudo, 2010.
- 6 Martín-Baró, I. O papel do psicólogo. Estudos em Psicologia, 1996.
- 7 Martín-Baró, I. Desafios e perspectivas da psicologia latino-americana. In Guzzo R, F. Lacerda F. Psicologia social para a América Latina: o resgate da psicologia da libertação. Campinas, SP: Alínea. 2009.
- 8 Góis, CW. Psicologia comunitária: atividade e consciência. Fortaleza, CE: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais. 2005.

- 9 Ferreira, JR, Buss, PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In. Bodstein, R, Zancan, L, Marcondes, W. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz. 2002.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Núcleos de apoio à saúde da família. 2008
- 11 Bock, A. Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In. Bock, A. Psicologia e compromisso social. São Paulo: Cortez. 2003.
- 12 Yamamoto, OH. A questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In A. Bock (Org.), Psicologia e compromisso social. São Paulo: Cortez. 2003.
- 13 Dimenstein, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Psicologia em Estudo. 2001.
- 14 Brasil. Relatório do II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 158p p. ISBN: 978-85-334-2189-9.
- 15 Lewin, K. Teoria de campo em psicologia social. Livraria Pioneira Editora. São Paulo. 1995
- 16 Albuquerque, F.J.B. Aproximación metodológica desde la psicología social a la investigación en zonas rurales. Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros. 2001.
- 17 Oliveira, AG, Nogueira, CLL, Nascimento, FMC, Pereira JA, Costa LM. Diagnóstico Situacional Unidade Básica de Saúde Número 04 Rota do Cavalo. Fiocruz, 2020.
- 18 Foucault, M.A. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense, 1986.
- 19 Brasil. Resolução No 466, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- 20 Uebel, AC, Rocha, CM, Mello, VRC. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-123, 2003.
- 21 Closs, TT. O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para integralidade? Curitiba: Appris, 2013.
- 22 Paim, JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- 23 Medes, AG. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: Silva, LB, Ramos, A. (Org.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.
- 24 Medes, AG. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: Silva, LB, Ramos, A. (Org.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 49-64.
- 25 Sodre, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.
- 26 Willig, C. (2003). *Discourse Analysis*. Em J. A. Smith (Org.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp.159-183). London: Sage Publications.
- 27 Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. London: Tavistock.
- 28 Foucault, M. (1979). *The History of sexuality*. London: Allen Lane.
- 29 Gonzalez, L. O papel da mulher negra na sociedade brasileira. In: *Spring Symposium the Political Economy of the Black World*, Los Angeles, 10-12 maio 1979

- 30 Peirano, .Rituais como estratégia analítica e abordagem etnográfica (em inglês e português.)
Série Antropologia 305, 22 pp. Brasília: UnB 2001
- 31 Fanon, F. Os Condenados da Terra. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.
- 32 Nogueira, C. Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social.Psic.: Teor. e Pesq., Brasília,v. 24,n. 2,p. 235-242,jun.2008.
- 33 Hall, S. Quem Precisa da Identidade? In:Silva, TT. Identidade e diferença.1.ed.Petrópolis: Vozes, 2000. p. 103-133.
- 34 Bastos, Rafael. Pretos, Periurbanos e crentes na luta pela terra - O MST DFE. Brasília UNB.2018
- 35 Becker, Howard S. . *Outsiders. Estudos de sociologia do desvio.* Rio de Janeiro: Zahar. 2008
- 36 Becker, Howard. Truques da escrita: para começar e terminar teses, livros e artigos.Rio de Janeiro: Zahar 2015.
- 37 Gonzalez, Lélia. "Por um feminismo afrolatinoamericano". *Revista Isis Internacional*, Santiago, v. 9, p. 133-141, 1988.
- 38 Díaz, E. (Org.). La Ciencia y il imaginario social. Buenos Aires: Biblos, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1 O que você entende por Saúde Mental?
- 2 Na sua percepção, qual é a função da (o) profissional de psicologia?
- 3 Na sua percepção, qual é a função da (o) profissional de psicologia? Inserido na Atenção Básica à Saúde?
- 4 Como é trabalhar com profissionais de psicologia dentro do SUS?
- 5 Qual a sua percepção sobre a inserção da psicologia na Estratégia de Saúde da Família?
- 6 Após trabalhar com profissionais de psicologia dentro do SUS, sua percepção sobre a disciplina mudou, explique?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO RESPONDIDO

P- O que você entende por Saúde Mental?

R-

1. Estar bem psicologicamente, emocionalmente, em interação com o meio social, de forma a lidar da melhor forma possível com os desafios do cotidiano.
2. Condição de manter a serenidade na vida cotidiana.
3. Estabilidade emocional.
4. Conseguir ter controle dos pensamentos e sentimentos de forma que não inferiram negativamente no bem estar e modo de viver.

P- Na sua percepção, qual é a função da (o) profissional de psicologia?

R-

1. Apoiar, dar suporte aos usuários ou grupo/comunidade em questões que afetam os aspectos emocionais em interação com os âmbitos social, familiar, de forma a estimular o autoconhecimento.
2. Ajudar na resolução de questões pessoais.
3. Acompanhar pessoas em sofrimento.
4. Auxiliar na compreensão e aceitação das situações vividas pelo paciente.

P- Na sua percepção, qual é a função da (o) profissional de psicologia? Inserido na Atenção Básica à Saúde?

R –

1. Estar em contato com o território, entendendo suas particularidades e agir a partir dos seus determinantes sociais em prol da saúde mental da comunidade como um todo.
2. Acompanhar pessoas em sofrimento.
3. Humanizar patologias e aumentar o acesso da população a tratamentos.
4. Realizar atividades de prevenção e promoção da saúde, não só mental mas de forma geral.

P- Como é trabalhar com profissionais de psicologia dentro do SUS?

R-

1. Maravilhoso! Principalmente quando o trabalho é voltado para a interdisciplinaridade, o que possibilita ter diferentes visões sobre as questões de saúde, tendo a psicologia importante papel na compreensão dos estudos de caso.
2. Novidade, nunca havia visto uma em unidade básica.
3. Novidade, porém muito potente .
4. É como se fosse uma nova realidade mas na mesma realidade. Passamos a enxergar aspectos dos usuários que não veríamos sem esse profissional.

P- Qual a sua percepção sobre a inserção da psicologia na Estratégia de Saúde da Família?

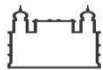
R-

1. Entendo que a psicologia tem um papel fundamental e que tem uma potencialidade dentro da Estratégia de Saúde da Família, interagindo com a equipe de saúde de forma a articular ações interventivas junto aos usuários do serviço de saúde. Os atendimentos compartilhados com a psicologia podem ampliar a visão do processo de saúde-doença de toda a equipe uma vez que a dimensão emocional pode estar interferindo em tal processo.
2. Vital, pois as pessoas de baixa renda não tem acesso a tratamentos particulares.
3. vital o que evidencia a falta em outras unidades.
4. Acredito que é um profissional essencial para a ESF visto a demanda de saúde mental que está tão alta.

P. Após conviver com profissionais de psicologia dentro do SUS, sua percepção sobre a disciplina mudou, explique?

R-

1. Sim, mudou. Passei a enxergar a psicologia para além da clínica, do ambulatório, mas como uma profissão que tem como função a compreensão da realidade a partir dos conhecimentos ampliados de saúde mental, voltados para ações de intervenção em contextos multifatoriais.
2. Mudou e evidenciou a necessidade do profissional para a atenção integral efetiva.
3. Fica flagrante a importância e a necessidade básica de profissional de psicologia em todas unidades.
4. Sim. Não conseguia entender como eram desenvolvidas as atividades e serviços de psicologia, e após a convivência entendi que não necessariamente precisa de uma terapia individual mas que é possível trabalhar através de grupos, dinâmicas etc.



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

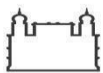
O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa: **O IMAGINÁRIO SOCIAL QUE PERMEIA A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL**, sob responsabilidade de LURA MACHADO COSTA.

É necessário que o (a) senhor (a) leia ou escute com atenção as informações acerca da pesquisa, e assine a última folha deste termo. Caso o (a) senhor (a) seja analfabeto (a), semianalfabeto (a) ou pessoa com deficiência que tenha dificuldade para ler ou escrever, o (a) senhor (a) poderá delegar uma testemunha para auxiliá-lo (a) na compreensão deste documento e das questões da entrevista, e para assinar este termo. O (a) senhor (a) poderá também utilizar a assinatura dactiloscópica (impressão digital) para consentimento deste termo.

O tempo estimado para realização dessa pesquisa é de aproximadamente 50 minutos.

O objetivo desta pesquisa é compreender os significados atribuídos pela comunidade de usuários e profissionais adscritos no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde nº 4 da profissão de psicologia.

Este trabalho surgiu com a ideia de se obter dados para identificar as demandas comunitárias em saúde mental e compreender de que forma elas viram encomendas por diagnósticos e laudos psicológicos. A justificativa para esta pesquisa é a necessidade de qualificar a atuação do profissional de psicologia inserido na Estratégia de Saúde da Família no contexto rural. Portanto, ao fazer essa pesquisa, pode ser possível, mesmo em uma escala menor, realizar



uma análise institucional que promova identificar e compreender a percepção institucional e comunitária do exercício da psicologia na Atenção Básica à Saúde.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). O (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Será realizada a aplicação de uns questionários. O primeiro questionário conta com 07 perguntas subjetivas, que permitem investigar a sua percepção sobre a atuação do profissional de psicologia. Será respeitada a recomendação da OMS e mantida a distância de no mínimo 2 metros, entre a pesquisadora, o (a) participante da pesquisa e pessoas terceiras que estejam presentes no momento da entrevista, além do uso de máscaras cirúrgica para ambos e uso do álcool em gel para higienizar qualquer material utilizado (caneta, coletor de impressão digital ou outros).

Este projeto possui os seguintes benefícios: um atendimento da psicologia mais aprofundado e qualificado, de acordo com as características da população do campo, assim como a possibilidade de um conhecimento mais preciso da realidade dos usuários, permitindo uma intervenção com junto à rede de serviços, assim como o acesso a rede de psicossocial. Além de produções normativas e científicas voltadas para a Psicologia atuante na saúde da população do campo

Apresenta os seguintes riscos: o (a) senhor (a) poderá sentir-se possíveis desconfortos ao responder às questões do formulário, vergonha, insegurança, incômodos no geral devido às perguntas específicas sua a realidade, mas neste caso tentaremos ao máximo evitar que isto aconteça e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema ao (a) senhor (a). Ainda é válido lembrar que caso a situação persista, o (a) senhor (a) poderá pular a pergunta ou abandonar a pesquisa a qualquer momento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Escola Fiocruz de Governo, na elaboração do trabalho final do estudo e/ou podem ser utilizadas em artigos, apresentações em congressos ou conferências. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador até 5 anos após a realização da coleta de dados.



Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Fiocruz de Governo, número do protocolo _____ e Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Secretaria de Saúde do Distrito Federal (FEPECS-SES/DF), número do protocolo _____. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas também através dos números (61) 3329-4607/3329-4638 ou e-mail cepbrasil@fiocruz.br e/ou no número (61) 3325-4940 ou e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o voluntário da pesquisa. Caso tenha interesse, os resultados poderão ser divulgados para o (a) senhor (a).

O (a) senhor (a) terá a garantia de ressarcimento e indenização em qualquer dano decorrente da pesquisa, ou despesas que possam vir a ocorrer decorrentes desta pesquisa.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a responsável Lura Machado Costa no número (61) 99694-1907, em horário comercial, ou entre em contato através do endereço de e mail: luramachado@gmail.com

Participante da Pesquisa

Nome / assinatura ou impressão digital*

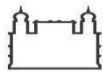
Testemunha do Participante da Pesquisa*

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Lura Machado Costa

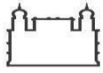
*Observação: a assinatura da testemunha e/ou assinatura dactiloscópica (impressão digital) será utilizada quando o (a) participante da pesquisa for analfabeto (a), semianalfabeto (a) ou pessoa com deficiência com dificuldade para ler ou escrever.



APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ, IMAGEM E UTILIZAÇÃO DO CONTEÚDO GRAVADO E OU FOTOGRAFADO

Por meio deste instrumento particular, autorizo, nesta data, de forma irrevogável e irretroatável, a Escola Fiocruz de Governo e ao Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho da Fundação Oswaldo Cruz, responsáveis pelo Curso de Especialização do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo, esta, entidade pública criada e mantida pela União Federal, na forma da Lei nº 5.019, de 07 de Junho de 1966, modificada pelo decreto nº 4.725/03, integrante da Administração Federal Indireta, sediada na Avenida L3 norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, SC4, , na cidade de Brasília, DF, inscrita no CNPJ sob o nº 33.781.055/0001-35, doravante denominada simplesmente “Fiocruz Brasília”, a proceder a gravação da minha voz, imagem (via gravação ou foto) e a de gravação do conteúdo gravado, para sua utilização, na íntegra ou em partes, para os específicos fins educativos, técnicos e de divulgação científica, nas atividades de mapeamento de pesquisas e projetos desenvolvidos nesta instituição, as quais serão transcritas para compor relatório e demais produtos de divulgação científica.

A presente autorização é concedida gratuitamente, em todas as suas modalidades, abrangendo o uso em todo território nacional e no exterior, sem quaisquer ônus para a FIOCRUZ, bem como sem a possibilidade de alegação de violação a qualquer direito conexo à imagem ou qualquer outro, conforme definido acima.



_____ de _____ de _____.

Assinatura

Nome Completo _____

Nacionalidade _____

Endereço _____

Identidade _____

CPF _____

APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

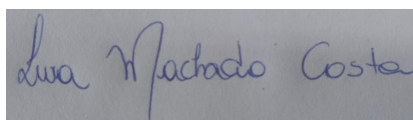
Eu Lura Machado Costa, CPF 036.336.261-40 e RG 2.649.497, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **O IMAGINÁRIO SOCIAL QUE PERMEIA A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL**, submetido/aprovado ao CEP/CONEP sob número CAAE..... estou ciente enquanto à necessidade do cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da própria CONEP, como descrito no Comunicado CONEP de 09/05/2020. Dessa forma, para a execução dos procedimentos de pesquisa presenciais, planejados para serem realizados no período de outubro a dezembro de 2020, serão adotadas medidas sanitárias para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos: entrevistas agendadas em locais ventilados, uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 2 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento, entre outros.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.

Pesquisadora:

Lura Machado Costa

Brasília, 31 de Julho de 2020

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Lura Machado Costa".

APÊNDICE F – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - TAI

Eu, _____ responsável pela Unidade Básica de Saúde número 04, Sobradinho –DF, estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada **O IMAGINÁRIO SOCIAL QUE PERMEIA A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL**, coordenada pela pesquisadora Lura Machado Costa.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Brasília, _____ de _____ de _____

Natália Araújo Paiva
Gerente-GSAP4-SOB
Assinatura e Carimbo