

A Psicologia na Atenção Básica e a Saúde Coletiva

Psychology at Primary Care and Public Health

La Psicología en la Atención Básica y la Salud Colectiva

Vanessa Santos Lemos¹

Cristina Lhullier

Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Resumo

O objetivo do artigo é descrever os desafios do profissional da psicologia na atenção básica à saúde. Trata-se de uma pesquisa de delineamento qualitativo, exploratório e descritivo. Foram analisados 10 artigos publicados entre 2001 e 2017 em revistas científicas pertencentes às bases de dados do Portal de Periódicos da Capes. Os artigos apresentavam relatos de experiência de profissionais da psicologia que atuam na atenção básica à saúde e foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo proposta por Laville e Dionne. Os resultados apontam a necessidade de o profissional da psicologia adotar uma visão ampliada de saúde na perspectiva da saúde coletiva. Deste modo, pode-se desenvolver um atendimento integral à saúde por meio de atuação humanizada, preventiva e ampliada na atenção básica. Mais ainda, busca-se a transformação na formação dos profissionais da psicologia e a elaboração de diretrizes norteadoras mais claras e objetivas para a saúde mental na atenção básica.

Palavras-chave: Psicologia, atenção básica à saúde, saúde mental, saúde coletiva

Abstract

The article aims to describe the psychologist's challenges in primary care health. We conducted a qualitative, exploratory, and descriptive research. We analyzed ten scientific articles, published between 2001 and 2017 at the *Portal de Periódicos da Capes*. These articles subject were psychologist's narratives of work at primary care health. They were analyzed from the perspective of Laville and Dionne's analysis of content. Results point to the necessity of a board perspective of health by the psychologists and the development of a collective health approach to mental health. Thus, we were capable to enable preventive, humanized attention to health in all dimensions at primary care. Furthermore, there is a need for necessary changes in psychologist's formation and objectives policies guidelines to mental health at the primary care.

Keywords: Psychology, primary care, mental health, collective health

Resumen

El artículo objetiva describir los desafíos del profesional en psicología en la atención básica a la salud. Se ha hecho una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva. Fueron analizados diez artículos publicados entre 2001 y 2017 en lo *Portal de Periódicos da Capes*. Estos artículos presentaban narrativas de actuación de profesionales de la psicología en la atención básica a la salud y fueran analizados en la perspectiva del análisis de contenido de Laville e Dionne. Los resultados apuntan la necesidad de una visión ampliada de salud en la perspectiva de la salud colectiva por los psicólogos. Con esto, es posible crear una asistencia integral a la salud con una actuación humanizada, preventiva y ampliada en la atención básica. Y más, se necesita transformar la formación de los profesionales de psicología y elaborar directrices más claras y objetivas para la salud mental en la atención básica.

Palabras clave: Psicología, atención básica, salud mental, salud colectiva

Introdução

A atenção básica constitui-se de um conjunto de ações em saúde localizadas nos territórios, voltadas à promoção e à prevenção de saúde. Ela é o principal meio de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com projetos que visam à abrangência e ao acesso da população a esses serviços (<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/>)

¹ Endereço de contato: Rua das Palmeiras, 878, Cruzeiro, Caxias do Sul, RS. CEP 95074-310. E-mail: neh.lemos@gmail.com

programas-e-acoés). Um dos programas que contribuem para essas finalidades, além das ações dos agentes comunitários, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta objetiva o atendimento interdisciplinar da população, sendo um dos projetos da Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2013).

A saúde coletiva caracteriza-se como uma prática sanitária, que se utiliza de distintos saberes com o intuito de ampliar as bases epidemiológicas e sociais (Campos, 2000). Atua com base na integralidade, questionando o paradigma biomédico e promovendo a autonomia do usuário em relação à sua saúde. Essa prática deve ser proposta desde a formação profissional, para que torne parte da atuação comprometida com o social (Bernandes & Guareschi, 2010; Campos, 2000).

Diante do compromisso da saúde pública com a saúde coletiva, buscando integralidade e interdisciplinaridade, houve a regulamentação da Estratégia Saúde da Família, pela Portaria n. 648/GM (Ministério da Saúde, 2006). Nesta, a saúde mental não se encontra considerada. Contudo a assistência à saúde mental deve ser trabalhada no cotidiano da atenção básica, sendo o sofrimento psíquico algo que vai além dos diagnósticos, considerando-se a subjetividade, as diferenças culturais e o atendimento humanizado (Ministério da Saúde, 2013).

Desse modo, há a exigência da mudança do modelo hegemônico para um cuidado multidisciplinar compartilhado, ressaltando a necessidade de uma formação profissional adequada a esse princípio de intervenção (Ministério da Saúde, 2009).

Com o apoio matricial, a atenção básica à saúde mental passou a ter mais espaço na rede (Ministério da Saúde, 2013). O matriciamento atua no suporte técnico e pedagógico dos serviços de saúde, ampliando as relações entre funcionários e usuários. Os investimentos financeiros para esse fim começaram a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), possibilitando a formação de uma equipe com profissionais de diferentes áreas apoiando tecnicamente as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que atuam com a ESF diretamente nos territórios (Ministério da Saúde, 2008).

O principal desafio para a atenção básica é transformar o paradigma de atendimento individual em uma reforma que possibilite “cuidados primários, como um conjunto de valores e princípios para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2008, p. 9), promova inovações que possibilitem cobertura universal, promova emancipação do usuário, necessidade de reforma nas políticas públicas e uma liderança do Estado mais inclusiva, “baseada em negociação e participação, mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos” (OMS, 2008, p. 9).

A qualidade de vida e o estresse estão relacionados ao surgimento de doenças mentais. Mesmo considerando a complexidade do termo qualidade de vida, vale pensar sobre o impacto desta na saúde. Segundo estudo realizado com 1.466 pacientes que frequentam a assistência básica de saúde no estado de São Paulo e do Rio de Janeiro, foi possível mostrar a relação da qualidade de vida e o adoecimento psíquico na população de baixa renda, considerando variáveis como estresse, estrutura familiar, relações sociais, problemas de saúde, mudanças e rompimentos abruptos, violência, entre outros (Silva & Santana, 2012). De acordo com pesquisa publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), em 2013, a região Sul e a Sudeste apresentaram maiores índices de depressão no país. Cerca de 12,6% da população do Sul do país tem diagnóstico de depressão, fato que acaba se manifestando na rede de atenção básica em saúde.

Com o psicólogo consolidando seu espaço na atenção básica, surgem desafios a serem superados. Inicialmente, há os estigmas diante da profissão psicólogo. Com base no estudo dirigido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011), pode-se perceber que tanto usuários quanto profissionais da saúde ainda não compreendem a prática psicológica como fundamental nas intervenções à saúde. A pesquisa aponta que o estigma do *setting* terapêutico dificulta o entendimento das formas de atuação e das intervenções psíquicas dentro da saúde pública (CFP, 2011).

Outro desafio encontrado foi aliar a saúde mental e a atenção básica à saúde, atuando de forma integral, como precede o “princípio do SUS de integralidade, com objetivo de organizar o sistema e trabalhar com ações preventivas” (Spink & Matta, 2010, p. 45), além de modificar a cultura que rotula o doente mental, construindo um olhar para esse sujeito como pessoa que sofre (CFP, 2011; Spink & Matta, 2010).

Há ainda que se considerar a falta de políticas públicas que estabeleçam diretrizes para o fazer psi no cuidado da atenção primária, auxiliando e norteando o trabalho (CFP, 2011). Dessa forma, constata-se a urgência na criação de políticas públicas que acolham as demandas sociais da atualidade, além do reconhecimento da importância e do papel do profissional psicólogo na atenção básica à saúde como profissional que está na saúde pública como agente de saúde coletiva, lutando pela cidadania diante das propostas governamentais em saúde (Bernardes & Guareschi, 2010).

A partir do exposto, o artigo propõe-se a descrever os desafios do profissional da psicologia na atenção básica à saúde, tomando como ponto de partida a perspectiva desse nível de atenção como prática coletiva e integradora.

Método

A pesquisa realizada teve delineamento qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Considera-se a investigação exploratória, pois se buscou construir gradativamente uma compreensão dos dados, de modo a esclarecer o objetivo proposto (Gil, 2010; Laville & Dionne, 1999). O aspecto descritivo da pesquisa constituiu-se na elaboração de um panorama das publicações sobre a temática escolhida em um dado período de tempo (Gil, 2010).

Foram utilizados 10 artigos escritos em língua portuguesa publicados em revistas científicas que fazem parte do Portal de Periódicos da Capes. Foram utilizados os descritores: saúde pública, saúde mental na atenção básica e psicologia na atenção básica.

Os critérios de seleção dos artigos foram os seguintes:

- 1) relatos de experiência de psicólogos que atuam na atenção básica em UBS e nas equipes de Nasf, nas regiões do Sul e Sudeste do Brasil. Optou-se por focar nessas duas regiões do país, visto que essas apresentam os maiores índices de transtornos mentais leves diagnosticados na atenção básica;
- 2) artigos publicados entre 2001 e 2017. O marco de 2001 corresponde à data de promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, que reestrutura os serviços de atenção à saúde mental no país.

Os artigos selecionados apresentam-se na Tabela 1.

Tabela 1

Artigos Selecionados

	Título	Ano	Autoria	Periódico
1	Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental	2008	Ferreira Neto	Psicologia: Reflexão e Crítica
2	Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família	2009	Costa & Olivo	Ciência & Saúde Coletiva
3	Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência	2010	Sundfeld	Physis: Revista de Saúde Coletiva
4	Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade	2011	Jimenez	Psicologia & Sociedade
5	A atuação dos psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na cidade de São Paulo	2012	Archanjo & Schraiber	Saúde & Sociedade
6	O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica	2013	Freire & Pichelli	Psicologia: Ciência e Profissão
7	A psicologia na atenção primária à saúde: práticas psicossociais, interdisciplinaridade e intersetorialidade	2014	Parise & Antoni	Ciência & Cultura
8	Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil	2014	Hora & Nascimento	Ciência & Saúde Coletiva
9	O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família	2017	Klein, Pires & d’Oliveira	Cadernos de Saúde Pública
10	Atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a Psicologia Social	2017	Cintra & Bernardo	Psicologia: Ciência e Profissão

Após a seleção dos artigos, foi feita a codificação deles, permitindo a sistematização e a estruturação das ideias relevantes para a análise (Gibbs, 2009).

Foi elaborado um primeiro grupo de categorias, assim nomeadas: 1) transformação na atuação do psicólogo; 2) formação insuficiente dos psicólogos para a atuação na saúde pública; 3) políticas públicas que direcionam o fazer psi; 4) integralidade no quesito saúde; 5) mais investimentos à saúde; 6) modelo biomédico ultrapassado; 7) tratar a saúde mental no senso comum. No decorrer do processo de análise dos dados, foi realizada uma revisão das categorias, reagrupando-as em duas categorias nomeadas de Desafios para o Psicólogo na Atenção Básica e Visão Ampliada de Saúde.

A análise do conteúdo dos artigos foi realizada com base nos passos propostos por Laville e Dionne (1999). Utilizou-se do sistema de categorização no modelo misto e buscou-se elaborar a compreensão dos dados por meio da construção interativa de uma explicação (Laville & Dionne, 1999).

Resultados

Desafios para o Psicólogo na Atenção Básica à Saúde

Nos 10 artigos analisados, destaca-se a importância do compromisso social do profissional da psicologia na atenção básica à saúde. Esse compromisso social encontra-se atrelado à perspectiva de saúde coletiva (Archanjo & Schraiber, 2012; Cintra & Bernardo, 2017; Costa & Olivo, 2009; Freire & Pichelli, 2013; Hori & Nascimento, 2014; Jimenez, 2011; Klein & Oliveira, 2017; Ferreira Neto, 2008; Parise & De Antoni, 2014; Sundfeld, 2010). Segundo os artigos, o compromisso social não se constitui como uma área de atuação específica, mas sim como um posicionamento ético e político, causador de transformações a partir da mobilização do saber profissional (Archanjo & Schraiber, 2012; Cintra & Bernardo, 2017; Costa & Olivo, 2009; Freire & Pichelli, 2013; Hori & Nascimento, 2014; Jimenez, 2011; Klein & Oliveira, 2017; Ferreira Neto, 2008; Parise & Antoni, 2014; Sundfeld, 2010).

Klein e Oliveira (2017), no Artigo 9, após acompanhar o trabalho de uma equipe que atua no Nasf em São Paulo, destacam a perspectiva territorial como base primordial nas intervenções, chamando a atenção para uma realidade de atuação profissional que diverge do ideal proposto pelo SUS. Na entrevista com três psicólogos que atuam em UBS de Campinas, Cintra e Bernardo (2017), no Artigo 10, analisam se as práticas da psicologia estão em consonância com a atuação em saúde coletiva como esperado pelo SUS, mostrando a possibilidade de efetivar e ampliar o modelo clínico, com intervenções contextualizadas na comunidade. O compromisso social também aparece no Artigo 5 (Archanjo & Schraiber, 2012), no qual as autoras entrevistaram 17 psicólogos da atenção básica com o objetivo de compreender as mudanças e as necessidades diante da atuação desses profissionais na saúde pública, trazendo a necessidade de serem incluídas na atenção básica práticas clínico-sanitárias e melhor articulação e regulamentação político-institucional.

Sobre o papel social do psicólogo, o Artigo 4, escrito por Jimenez (2011), traz a experiência de grupos para discussão de casos entre equipe de uma UBS da grande São Paulo, de forma a refletir sobre a importância do psicólogo nesse contexto, potencializando o entendimento sociocultural atrelado à saúde, por meio da atuação nos Nasfs. Nesse sentido, o Artigo 3, de Sundfeld (2010), contribui com a necessidade de o psicólogo ser inserido na atenção básica com o intuito de efetivação da clínica ampliada por meio de matriciamento, promovendo a atuação em saúde coletiva.

No Artigo 6, Freire e Pichelli (2013) entrevistaram 10 psicólogos que trabalham como apoiadores matriciais em João Pessoa, PB. Os entrevistados defendem essa postura técnica do psicólogo, apostando na transformação social ao estimular o usuário na busca pelo seu próprio bem-estar, por meio de uma função ativa no seu plano de intervenções em saúde.

Essa ação deve ser pensada como um direito e um dever do sujeito, como refere o Artigo 7 (Parise & De Antoni, 2014). Nesse, foram entrevistados seis psicólogos da atenção básica com o objetivo de compreender o entendimento de cada profissional sobre suas práticas. Os autores destacam que uma atuação voltada à saúde coletiva, atenta às necessidades e aos recursos do próprio território, permite o surgimento de novas formas de saber e de fazer, fortalecendo o vínculo dos usuários à saúde, de forma a construir um “espaço de resistência às formas de disciplinarização” (Parise & De Antoni, 2014, p. 1094), apostando na emancipação do coletivo, construindo uma “clínica viva” (p. 1095), movimentando o desejo do sujeito,

atrelado à qualidade de vida, abrindo-se para o cuidado e promovendo o cuidar (Parise & De Antoni, 2014).

No Artigo 4, Jimenez (2011) afirma que, quando as práticas são descontextualizadas, tendemos à “patologização dos indivíduos colocando o trabalho psicológico a serviço da manutenção da desigualdade, da injustiça e da reprodução da violência” (p. 136). Sobretudo, a análise dos artigos mostra que esse fazer pautado no social exige um posicionamento que necessita ser construído desde a formação dos profissionais, pois esse olhar só é possível diante de uma desconstrução do saber. O psicólogo deve estar disponível para aprender e entender diferentes realidades, buscando intervenções adequadas e corresponsabilizando os demais envolvidos.

As autoras Freire e Pichelli (2013), no Artigo 6, concluem que os psicólogos que atuam no eixo público ainda se distanciam desse compromisso social, estando atrelados a um fazer clínico e individual. Observa-se tal distanciamento nas falas destacadas do Artigo 2 (Costa & Olivo, 2009): “Bom, eu acho que a minha prática, no momento, como é iniciante, está mais voltada para o atendimento clínico. Então, eu atendo crianças, adolescentes, adultos (psicóloga 3)” (p. 1387); ou ainda: “Quando eu iniciei, a gente começou pelos grupos, me inseri em todos os grupos que tinham. Depois disso, parti para o atendimento individual. Estavam me pedindo nos grupos e a demanda estava grande para atendimento clínico, mas esse não era nosso objetivo inicial (psicóloga 2)” (p. 1387).

Há também o entrave entre o compromisso curativo e preventivo das UBSs, gerando nos funcionários uma confusão diante das demandas exacerbadas. No Artigo 5 (Archanjo & Schraiber, 2012), alguns entrevistados apontam que a demanda de ações voltadas para a “doença é muito maior do que de saúde” (p. 358), não tendo muito espaço para intervenções preventivas. A “exigência é para que se atenda o maior número de pessoas” (Archanjo & Schraiber, 2012, p. 358), apontando esse fato como uma exigência política e territorial.

Dessa forma, em meio a essa desconstituição de papéis e compromissos, a função do psicólogo não é bem compreendida na atenção básica. O profissional não tem clareza nem há diretrizes suficientes que respaldem sua função nessa esfera. Assim, os funcionários e os usuários acabam esperando que o psicólogo atue em formato individual, ou ainda como um profissional “quebra-galho”, que está ali para intervir em todas as demandas emergentes, como aparece na fala de uma entrevistada no Artigo 5: “[...] um pouco como bombeiro, tem alguém surtando, corre chamar o psicólogo, é interessante que nessa hora eles não chamam o médico, que é o detentor do poder” (Archanjo & Schraiber, 2012, p. 359).

Diante disso, pode-se pensar na importância de novas referências para a profissão do psicólogo, principalmente no que tange à prática em saúde coletiva dentro do setor público. No Artigo 9, Klein e Oliveira (2017), após entrevistarem psicólogos que atuam em equipes Nasf no município de São Paulo, chamam a atenção para o “excesso de liberdade (p. 3)”, referindo-se à falta de diretrizes que viabilizem o trabalho e a construção de práticas contextualizadas de projetos importantes como o Apoio Matricial e a equipe Nasf, por exemplo, sem o intuito de burocratizar os serviços.

Os entrevistados na pesquisa do Artigo 9 mostram entendimentos divergentes em relação a esses projetos. Muitos ainda não têm a compreensão da sua função, como pode-se perceber nas falas extraídas do artigo: “Compartilhado com a Estratégia, engraçado isso... né? A gente é apoio para a Estratégia e trabalha mais com o Nasf, é isso mesmo. Com a

Estratégia a gente faz pouca coisa, são poucos os trabalhos que a gente faz [juntos] (E4)”; ou então: “Antes, quando eu entrei, eu achei que seria uma coisa muito mais assistencialista, hoje eu acho que o meu maior papel é de ser matriciadora, sabe, de explicar, mesmo que seja explicar 200 mil vezes a mesma informação, mas acho que é isso de ensinar essas pessoas a trabalharem de uma forma, enfim [...] (E6)” (Klein & Oliveira, 2017, p. 5). Diante dessas falas, pode-se pensar na importância da desconstrução do saber, distanciando-se da fantasia de “o poder do psicólogo”, com uma postura de inserção, aberta ao conhecimento e ao valor das diversidades sociais, assumindo a profissão como um agente de transformação e construção social, apreciando a cidadania e o respeito mútuo.

No Artigo 1, Ferreira Neto (2008) percebe a promoção de saúde como geradora de transformação social e ainda ressalta a necessidade de um atendimento interdisciplinar, destacando esse aspecto como o bem maior da atenção básica. Contudo o autor aponta que esse reconhecimento e prática ainda não estão internalizados nas equipes técnicas de forma geral. Ainda há muita coisa para se refletir e construir, e uma mudança crucial é a integralidade da saúde e o compromisso social do servidor público, internalizando uma prática em saúde coletiva (Ferreira Neto, 2008).

Visão Ampliada de Saúde

A busca pela integralidade na saúde ainda carece de investimentos e de profissionais capacitados, conforme aponta o Artigo 10 (Cintra & Bernardo, 2017). Outro aspecto descrito no artigo é a fragmentação do cuidado em saúde como uma das principais deficiências da atenção básica em saúde (Cintra & Bernardo, 2017).

Os Artigos 8 (Hori & Nascimento, 2014) e 9 (Klein & Oliveira, 2017) destacam a falta de harmonização dos gestores com a integralidade e a sobrecarga de trabalho como dificultadora de uma atuação coletiva em saúde. Já os Artigos 5 (Archanjo & Schraiber, 2012) e 7 (Parise & De Antoni, 2014) indicam a necessidade de transformação da formação acadêmica do profissional como principal meio para exercer a integralidade em saúde. E Freire e Pichelli (2013), no Artigo 6, apontam o modelo biomédico, ainda enraizado na atenção básica, como um fator que dificulta o processo de intervenções coletivas em saúde.

Os Artigos 3 (Sundfeld, 2010) e 4 (Jimenez, 2011) utilizam-se do conceito de complexidade para refletir sobre a atuação integral em saúde, chamando a atenção para práticas em saúde coletiva como principal estratégia na transformação do paradigma individualizante. Da mesma forma, os Artigos 1 (Ferreira Neto, 2008) e 2 (Costa & Olivo, 2009) destacam essa mudança de paradigma, começando com a formação acadêmica do profissional.

O levantamento feito a partir das reuniões de equipe observadas no Artigo 8 (Hori & Nascimento, 2014) também dá a dimensão da falta de preparo para integralidade na atenção básica. Como fatores que justificam esse despreparo, está a formação insuficiente para atuação na área pública dos profissionais ou falta de capacitações e suporte técnico efetivo para atuar nesse nível de atenção. “A presença de diversos profissionais de diferentes áreas foi insuficiente para qualificar as discussões; em alguns momentos, foi visível clima de constrangimento, desconfiança e distanciamento entre as equipes (Hori & Nascimento, 2014, p. 3566)”, fragilizando o olhar ampliado para saúde, de forma a desmotivar os profissionais para práticas coletivas.

A integralidade na saúde corresponde à prática de voltar o fazer profissional para atender às necessidades subjetivas do coletivo, considerando a saúde um estado integral de bem-estar e qualidade de vida, conforme indicam Costa e Olivo (2009) no Artigo 2. “Eu acho que a gente deveria pensar numa saúde mental que pudesse incluir mais as pessoas na comunidade, no seu bem-estar familiar, e não uma coisa separada, excluída, que vem consultar, e é o que está sendo feito na realidade em saúde primária no PSF (psicóloga 4)” (Costa & Olivo, 2009, p. 1391). No Artigo 4, Jimenez (2011) chama a atenção para a importância de um cuidado integral, sem separar saúde mental de saúde.

Também é importante ressaltar a importância de uma compreensão ampla no processo de saúde, considerando o sofrimento um sintoma social, pois “as pessoas sofrem por mazelas que são produzidas socialmente [...] dilemas sociais chegam fantasiados de sofrimento psíquico e é por isso que é fundamental ter a dimensão do social no cuidado em saúde” (Cintra & Bernardo, 2017, p. 890); ou ainda, no Artigo 5, (Archanjo & Schraiber, 2012): “as demandas de saúde estão cada vez mais associadas a demandas sociais e [...] o psicólogo é o ‘termômetro mais sensível da demanda social’” (p. 359).

Nas citações acima, percebe-se a necessidade de desconstrução da hegemonia do saber, para atuar de forma humanizada e contextualizada. Esse movimento de saúde coletiva é um fator complexo, que exige uma reformulação da formação dos profissionais, assim como um interesse pela humanização da equipe técnica na atenção básica.

Archanjo e Schraiber (2012), no Artigo 5, notam que o interesse pela atuação na saúde pública não estava relacionado a um posicionamento de interesse social, e sim à estabilidade profissional e financeira: “[...] acho que tem duas, duas coisas né, uma é salário garantido, né, porque o, o consultório dependia de ter clientes, de ter indicação, [...] tem acho que outra coisa que, um pouco, é, tem um [sic] tradição” (p. 357).

Para obter efetividade no quesito saúde, é preciso sair do paradigma de atendimentos individualizados e com foco na cura de sintomas. Ampliar o entendimento sobre saúde de forma integral e investir na atuação pautada em saúde coletiva sem “distinção entre saúde e saúde mental [...] (E4)” (Parise & De Antoni, 2014, p. 78).

Pensando nessas mudanças de atuação e envolvimento com a saúde, Sundfeld (2010) coloca, no Artigo 3, que “a reforma da assistência pressupõe a reforma do pensamento de seus atores: profissionais e comunidade e, sobretudo, um sim às incertezas e inventividade do cotidiano” (p. 1094), além de entender essas mudanças em saúde pública, com foco em saúde coletiva, como “uma prática à espera de teoria” (Ferreira Neto, 2008, p. 112), diferenciando-se do modelo clínico, individualizado, considerando saúde mental como algo indissociável à saúde.

Outro apontamento importante nos artigos é a questão da medicalização como conduta de tratamento corriqueiro na UBS (Jimenez, 2011). “O foco das ações em saúde é centrado no uso exagerado de medicamentos [...] sem possibilitar um espaço de escuta para esse sofrimento como forma de evitar o desenfreado sistema de medicação” (Freire & Pichelli, 2013, p. 168).

Com a Reforma Psiquiátrica, deixa-se de ter um olhar para patologização, apostando no funcionamento adaptativo do sujeito por meio de serviços substitutivos que estimulem essa visão de saúde com olhar humanizado. “O objeto a ser abordado deixa de ser a doença, abarcando os fatores sociais, culturais, políticos e econômicos como determinantes do

processo de adoecimento. Conseqüentemente, os meios de trabalho migram das práticas predominantemente medicamentosas para o sujeito como agente fundamental do tratamento” (Jimenez, 2011, p. 131).

Discussão

Com base na análise das fontes selecionadas, apresentada nos Resultados, percebe-se a necessidade de qualificar o processo de formação dos psicólogos que atuam na atenção básica, visando a intervenções coletivas e integradoras, principalmente no que se refere ao compromisso social desses profissionais diante de suas intervenções. O fato de o profissional da psicologia trabalhar com sujeitos que pensam, agem, transformam a cultura e a sociedade evidencia a complexidade e a diversidade de sua atuação. Assim, há o dever, enquanto profissionais de saúde, em assumir uma postura ética que preconize a responsabilidade social (Codo & Lane, 1989; Dimenstein, 2001).

Também foi possível perceber que o papel do psicólogo na saúde pública não está claro, nem para a legislação vigente nem para a classe profissional. Isso fragiliza a atuação desse profissional, desqualificando seu potencial principalmente no que se refere à atenção básica de saúde. Boing e Crepaldi (2010) apontam, em seu estudo documental, que as políticas públicas vigentes não incluem de forma clara e efetiva o psicólogo. Quando há o profissional psicólogo inserido na atenção básica, suas intervenções acabam em atendimentos individualizados, justificados pela resistência da equipe diante de outras propostas de intervenção (Dimenstein, 2000).

Essa transformação do modelo biomédico para uma perspectiva coletiva de se produzir saúde, principalmente na atenção básica, corresponde à principal premissa da saúde coletiva (Campos, 2013), apostando em uma prática horizontal e integrada. Na pesquisa realizada para este artigo, integralidade é um conceito-chave na construção de uma atenção básica plural e efetiva. Fica evidente que a fragmentação da saúde impede a ampliação do conhecimento ante o ser humano, desconsiderando os atravessamentos históricos e culturais desse saber (Codo & Lane, 1989; Dimenstein, 2000). Segundo Codo e Lane (1989), as fronteiras entre as áreas do conhecimento devem ser permeáveis, permitindo a integralidade e a intersectorialidade para uma compreensão qualificada da complexidade que são as interações do indivíduo com o social.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011), uma das dificuldades da atuação do psicólogo na atenção básica à saúde é a concepção de profissionais e gestores sobre o entendimento do processo saúde e doença. O conceito de saúde vai além da ausência de doença, trata-se de um bem-estar integral, considerando aspectos físicos, sociais e mentais (https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao-&Itemid=839). Sendo assim, a atenção à saúde mental deve ser considerada uma prática de significância dentro dos núcleos de atenção básica, não sendo tratada como um aspecto paralelo à saúde. O profissional psicólogo necessita buscar e concretizar seu espaço neste âmbito primário, em virtude do seu conhecimento diante do desenvolvimento humano e social, além de compreender e viabilizar relações pessoais de qualidade e promover a saúde considerando a subjetividade e o ambiente como um todo.

A formação acadêmica é significativa nessa transformação do modelo biomédico e Dimenstein (2000) sugere ampliar a argumentação a respeito da formação do profissional na graduação com o uso de referências mais atualizadas. Aponta que a graduação não prepara para uma “intervenção adequada aos espaços territoriais, locais que demandam um alto grau de potência de resposta/ação, de articulação intersectorial, de mobilização de parcerias e de estratégias específicas” (Dimenstein, 2000, p. 62).

Conclusões

Entende-se que a adoção do paradigma da saúde coletiva na atenção à saúde é considerada como a possibilidade mais eficaz para que se torne efetivo o cuidado integral preconizado pelo SUS. Isto porque esse paradigma favorece o desenvolvimento saudável da população, ao incluir a saúde mental na atenção, bem como transforma a assistência por meio das ações humanizadas.

Evidenciou-se que o objetivo do psicólogo que atua na atenção básica de saúde é a proposição de intervenções coletivas e integradas na busca de uma comunidade mais autônoma e consciente, evitando uma assistência curativa em saúde fundamentada na medicalização. Com o profissional de psicologia inserido na atenção básica, também são afetados os modos de atuação dos servidores, ampliando o entendimento sobre saúde, diminuindo estigmas e mediando as relações com o usuário e entre as equipes.

Para se alcançar os objetivos mencionados, é necessária uma revisão das diretrizes que fundamentam as práticas do psicólogo na atenção básica. Tendo a noção do prolongado período para esse processo de reformulação da legislação, sugere-se que essa assistência seja desenvolvida nos Nasfs, que estão constituídos nas regulamentações do SUS, viabilizando o movimento em prol da saúde coletiva.

Com o psicólogo atuando nas equipes Nasf de forma direcionada ao apoio técnico no território, é possível, com uso de diálogos, capacitações e apoio ao profissional de saúde em intervenções complexas, dar suporte e promover ações em saúde coletiva, além de auxiliar na humanização do atendimento, com a promoção de uma escuta qualificada e criação de vínculo profissional, facilitando a adesão do usuário aos tratamentos.

Dessa forma, direciona-se para ações em saúde coletiva, trabalhando a partir da clínica ampliada, como preveem as normativas do SUS, de forma a gerar menos gastos com a saúde pública, levando em consideração a diminuição de medicalização e menores índices de adoecimento. Pode-se inferir, com isso, a ampliação dos recursos financeiros para práticas em saúde coletiva.

Outra possibilidade de promover maior assistência e organização do sistema são as parcerias entre instituições de ensino e rede pública, com estágios acadêmicos que possibilitem experiências em saúde coletiva, somadas ao apoio dos estagiários de diferentes áreas, integrando ensino e aprendizagem à formação – uma forma de promover compromisso social do profissional com práticas que permitam conhecer a diversidade e a realidade das demandas encontrada nos territórios.

Referências

Archanjo, A. M. & Schraiber, L. B. (2012). A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 21, 351-363. doi: 10.1590/

- S010412902012000200009
- Bernardes, A. G. & Guareschi, N. M. D. F. (2010). Práticas psicológicas: Enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15(3), p. 269-276.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: Uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Campos, G. W. D. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Campos, G. W. S. (2013). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria paidéia e reformulação ampliada do processo saúde e doença. In G. W. S. Campos; M. C. S. Minayo; M. Akerman; M. D. Júnior; & Y. M. Carvalho (Org.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 53-92). Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz.
- Cintra, M. S., & Bernardo, M. H. (2017). Atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 883-896. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000832017>
- Codo, W., & Lane, S. T. M. (1989). *Psicologia social: O homem em movimento*. (8a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Senhoras e senhores gestores de saúde, como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Costa, D. F. C. D., & Olivo, V. M. F. (2009). Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(supl. 1), 1385-1394. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800011>
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95-121. DOI: 10.1590/S1413-294X2000000100006
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>
- Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: Percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100013>
- Gibbs, G. (2009). Codificação e categorização temáticas. In G. Gibbs, *Análise de dados qualitativos* (pp. 59-78). Coleção Pesquisa Qualitativa. Coordenador da Coleção U. Flick; Tradutor R. C. Costa. Porto Alegre: Artmed. [Trabalho original publicado em 2008].
- Gil, A. C., (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Hori, A. A., & Nascimento, A. D. F. (2014). O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3561-3571. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, Regiões e Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jimenez, L. (2011). Psicologia na atenção Básica à saúde: Demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(num. esp.). 129-139. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>

- Klein, A. P., & Oliveira, A. F. P. L. (2017). O “cabo de força” da assistência: Concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), e00158815. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158815>
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trans.). Porto Alegre: Artmed/Belo Horizonte: Editora da UFMG. [Trabalho original publicado em 1997]
- Ministério da Saúde. (2006). *Portaria n.648/GM*, de 28 de março de 2006. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília-DF. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). *Portaria n. 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
- Ministério da Saúde. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Cartilhas Humaniza SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Saúde mental* (Cadernos de Atenção Básica, 34). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ferreira Neto, J.L. (2008). Prática transversalizada da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100014>
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Portugal: OMS.
- Parise, L. F., & De Antoni, C. (2014). A psicologia na atenção primária à saúde: Práticas psicossociais, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Clínica & Cultura*, 3(1), 71-85.
- Silva, D. F. & Santana, P. R., (2012). Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n.4, p. 175-185.
- Spink, M. J. & Matta, G. C., (2010). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. Spink, *A psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>

Recebido em: 30/07/2019

Última revisão: 23/10/2019

Aceite final: 21/01/2020

Sobre as autoras:

Vanessa Santos Lemos: Psicóloga. Docente no curso de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS). **E-mail:** at.psi.zoi@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-7078-6059>

Cristina Lhullier: Doutora em Ciências na área de Psicologia. Professora da Graduação em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS). **E-mail:** cris.lhullier@yahoo.com.br, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-5440-2916>