



O CONTEXTO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

GRAZIELA ZAGONEL PICOLLI

Caxias do Sul, 2021

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

O CONTEXTO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho apresentado como requisito parcial para
Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia,
sob orientação da Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Cemin
Wagner.

GRAZIELA ZAGONEL PICOLLI

Caxias do Sul, 2021

DEDICATÓRIA

Dedico, primeiramente, a mim esta produção em virtude de todas as escolhas, renúncias e dedicação empregada na construção deste trabalho. Foi um ano intenso por diversos fatores, mas, especialmente, pelo compromisso acadêmico que o trabalho de conclusão de curso exige. Portanto, foi um ano de muitas frustrações e de muito amadurecimento emocional, em que, hoje, ao concluir a produção desse trabalho, sinto-me aliviada e grata pela persistência em seguir firme no meu posicionamento ideológico, buscando contribuir para a Psicologia, enquanto classe, bem como para a saúde pública.

Não poderia deixar de dedicar e agradecer a minha esposa, colega e amiga, que esteve ao meu lado em cada momento, acolhendo-me e apoiando-me. Me inspiro, me identifico e me encontro em você. Virgínia, tua potência, persistência, ética e responsabilidade me encanta e motiva a ser uma pessoa cada vez melhor. Teu cuidado foi essencial para que eu chegasse até aqui. Muito obrigada, meu amor!

Dedico este momento de fechamento, que é a entrega do TCC, a minha mãe, que acreditou e investiu em mim para que eu pudesse sair em busca do que acreditava e por todos os ensinamentos que me passou através de seu exemplo enquanto sujeito, sobretudo enquanto mulher. Este momento não é só meu, mas nosso! Nesse sentido, dedico e agradeço às minhas irmãs, Micaele e Gisele, por todo apoio nesta etapa tão importante e desafiadora. Dedico a vocês também essa entrega, pois tenho um vocês duas exemplo de determinação e coragem, necessárias na minha trajetória.

Quero dedicar esta entrega também a minha psicóloga, Suelane, pois foi uma pessoa fundamental no caminho até aqui. Confesso que não imagino como teria sido o processo de construção desse tcc sem seu apoio. Muito obrigada!

Deixo aqui registrado meu agradecimento a algumas professoras que se fizeram presentes na trajetória acadêmica e especialmente importantes na minha escolha pelo tema e direcionamento desse trabalho. Assim, agradeço a minha orientadora, Tânia, por acolher meu posicionamento diante do tema, bem como pela paciência e empatia, especialmente neste último semestre. Agradeço às profes Dani, Lilisa e Luciene pelas contribuições ao longo da graduação, em especial pelas inquietações acerca do nosso fazer enquanto classe.

Por fim, dedico esse TCC ao Pedrinho Guareschi, que me convocou a contribuir para a Psicologia Social, ainda em 2014, quando soubera que eu, então, cursaria Psicologia. Esse trabalho me fez refletir sobre minha escolha por esse curso, de modo que, hoje, vejo que encontrei meu lugar na Psicologia, junto da Psicologia Social, na luta pela garantia de direitos. Nesse sentido, vejo com mais clareza que fiz a escolha certa ao aceitar sua quase intimação, Pedrinho.

Não existe neutralidade!
Todo ato é político e demarca um posicionamento.

Lista de Siglas

AB	Atenção Básica
APA	Associação Psicológica Americana
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
Crepop	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
eSF	Equipe de Saúde da Família
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência em Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PP	Plantão Psicológico
PSF	Programa de Saúde da Família

PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD's	Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
OBJETIVOS	11
Objetivo Geral	11
Objetivos Específicos	11
REVISÃO DE LITERATURA	12
Definição da Atenção Básica na Saúde	12
Caracterização Da Psicologia, Atuando No Campo Da Saúde	15
Caracterização de Clínica Ampliada	21
MÉTODO	25
Delineamento	25
Fontes	25
Instrumentos	26
Procedimentos	26
Referencial de análise	27
RESULTADOS	28
DISCUSSÃO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	45

RESUMO

O presente trabalho aborda o contexto atual da atuação psicológica no campo da saúde, de modo que está intitulado de “O contexto da prática psicológica na atenção básica”. Possui como objetivo geral identificar possíveis contribuições das intervenções da psicologia para o favorecimento do acesso efetivo dos usuários em serviços da Atenção Básica (AB). Este trabalho foi construído a partir de pesquisa qualitativa do tipo exploratória, com análise de conteúdo de Laville e Dionne. Para tanto, a revisão de literatura é composta pela definição da Atenção Básica, em que é apresentado o processo histórico e político de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma série de movimentos e outras leis que compõem o nível primário de saúde; da caracterização da Psicologia, atuando no campo da Saúde, em que fora apresentado este campo a partir da perspectiva de autores como Matarazzo, pioneiro na definição de Psicologia da Saúde e de autoras como Spink, que aponta desafios deste campo e nova concepção ao processo saúde-doença; e caracterização de Clínica Ampliada, tendo em vista os novos modos de cuidados possíveis e necessários. A análise de conteúdo aqui proposta ocorreu a partir de três categorias de análise, categoria A (ações à equipe), categoria B (ações aos usuários) e categoria c (barreiras). Obteve-se como resultado uma série de ações possíveis da psicologia no campo da AB, as quais levaram à conclusão de que há diversos caminhos possíveis na atuação psicológica de modo a responder positivamente ao objetivo geral deste trabalho.

Palavras-chave: Psicologia; Atenção Básica; Atuação Psicológica

INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda o contexto da saúde pública brasileira, no que tange aos serviços de saúde mental na Atenção Básica (AB). Objetivou-se identificar possíveis contribuições da atuação psicológica para o favorecimento do acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde mental no nível primário de saúde, ou seja, na porta de entrada do sistema de saúde. Para tanto, tomou-se como base os conceitos de Psicologia da Saúde e Clínica Ampliada, buscando apresentar a práxis da psicologia neste campo no sentido da construção histórica, teórica e metodológica, que culminam na práxis atual, logo no contexto atual da possibilidade de atuação.

Justifica-se a inquietude quanto ao tema e em questionar sobre a atuação da psicologia na AB com algumas vivências da graduação que propiciaram a reflexão acerca do papel no contexto da saúde pública, do fazer ético e das limitações ao acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde mental. Respectivamente, as disciplinas de Estágio Básico IV, Deontologia e Psicodiagnóstico II.

A disciplina de Estágio Básico IV, que objetiva a atuação da psicologia na rede básica de saúde, propiciou a aproximação a assuntos pouco ou nada abordados, até então, na graduação, como o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes, de modo que se pode perceber que a atuação da psicologia que tem um espaço de cuidado àqueles que não chegam até aos consultórios particulares. Nesse sentido, a psicologia passa a dar conta de uma parcela da população economicamente desfavorecida, que não possui condições econômicas ou até informação suficiente para buscar o atendimento psicológico. No contexto da prática, foi possível identificar alguns entraves na execução do plano originário do SUS, em que se destaca a atuação da psicologia com pouca viabilidade de realizar um trabalho focado em resolubilidade. Entretanto, ao avaliar as fichas de cada usuário atendido pela psicologia na Unidade Básica de Saúde (UBS), percebeu-se que haviam algumas intervenções possíveis de serem realizadas na UBS de forma coletiva com alguns usuários, uma vez que as demandas eram bastantes similares e de pouca urgência para a central de marcações, sendo possível, assim, encurtar o tempo de espera por atendimento.

Já a disciplina de Deontologia propiciou o conhecimento do que orienta o código de ética da psicologia, em que se tem que oferecer acesso e acolhimento aos serviços de saúde mental não é apenas um aspecto da atuação, mas um dever que cabe à toda classe enquanto profissão. Porém, até esse momento, pouco se visualiza, desta forma inclusiva, a prática psicológica, o que revela a necessidade de avaliação e transformação do que e como se tem realizado neste sentido.

Por fim, a disciplina de Psicodiagnóstico II favoreceu a discussão acerca do tempo de espera que os usuários têm de enfrentar até receber o atendimento psicológico de fato, o que acaba gerando uma situação em que a demanda inicial já não está mais presente, ocorrem mudanças de diversas ordens, entre outros fatores que inviabilizam o atendimento. Esse, inclusive, foi um fator analisado na realização do estágio na UBS, de modo que, a desistência do usuário pelo atendimento mostrou-se um hábito frequente.

Diante disto, surge a indagação de qual o fluxo e qual o lugar da psicologia na rede básica de saúde no tocante à inclusão do sujeito ao SUS. Parece pertinente pensar que a atuação da psicologia deve estar direcionada à própria rede de referência do usuário, ou seja, à AB, uma vez que o encaminhamento não fornece garantia de atendimento das demandas identificadas.

Buscando embasamento teórico que defenda a importância de explorar o tema, levantou-se, em publicações atuais, apontamentos sobre o contexto que se busca analisar. Assim, Eslabão et al. (2019) afirmam que o processo de reforma psiquiátrica encontra-se em implantação no Brasil, de modo que os cuidados de saúde mental, na AB, são, ainda, recentes. Por isso, as práticas realizadas neste campo carecem de constante avaliação e busca por qualificação, reforçando o compromisso de todos os agentes envolvidos na prestação e utilização dos serviços de saúde, na busca da efetivação de direitos, no caso, de saúde mental (Eslabão et al., 2019). Há certa concordância na literatura de

que a reforma psiquiátrica, no Brasil, carece de avanços a favorecer um cuidado integral ao usuário, uma vez que o contexto da AB apresenta uma série de impasses na efetivação dos cuidados em saúde mental (Eslabão et al., 2019; Moro, Ferreira & Rocha, 2020). Inclusive, Lima e Dimenstein (2016) reforçam que os serviços de saúde mental, na AB, são de importante valia para o avanço da reforma psiquiátrica e destacam os principais impasses da AB identificados em seu estudo, sendo alguns deles a diversidade de concepções/modelo de atuação e lógica ambulatorial com foco em encaminhamentos e marcação de consultas. Desse modo, é preciso conhecer as ações e estratégias utilizadas na AB para que as demandas de saúde mental possam ser devidamente sanadas (Moro et al., 2019).

Apesar de haverem avanços acerca do apoio matricial na AB, Moro et al. (2020) apontam que algumas ações ainda são pouco ou parcialmente desenvolvidas, comprometendo ou dificultando o processo de cuidado em saúde mental nos serviços. Destaca-se, portanto, a importância do estabelecimento de medidas para consolidar uma estratégia de qualificação da atenção à saúde mental na AB.

Nesse mesmo sentido, Böing e Crepaldi (2010) trazem, no estudo que realizaram acerca da atuação da Psicologia junto à atenção primária no Brasil, que o cenário atual apresenta a necessidade de redimensionamento das práticas pelos profissionais da área, o que implica que esses participem da formulação e implantação de novas políticas. Foi identificado, através de distintos profissionais de psicologia, que a mera transposição do modelo clínico tradicional não contempla a complexidade das demandas da comunidade atendida, ou seja, a prática psicológica precisa ser flexibilizada para ser eficaz nesse contexto. Além disso, identificou-se um desconhecimento referente ao real papel da psicologia na atenção primária, onde o foco de atuação deve estar na promoção e prevenção, além da atenção curativa.

Böing e Crepaldi (2010) discutem o modelo de apoio matricial através do qual ocorre a inserção da psicologia na atenção básica. Afirmam que, desse modo, a atuação da psicologia assume característica de especialidade, o que corresponde ao nível secundário de atenção. Nessas circunstâncias, o trabalho encontra limitações quanto ao tempo e contato com a comunidade e Equipe de Saúde da Família (eSF), comprometendo o processo de vinculação e efetivação de ações. Tem-se, então, uma separação do cuidado de saúde mental em relação aos demais cuidados de saúde ofertados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Ademais, enquanto a ESF é instituída como referência e organizadora de toda a rede de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) encarregam-se por ser referência e organizar os serviços de saúde mental. Logo, percebe-se os serviços de saúde mental segregados dos serviços de saúde integral, o que implica, diretamente, no comprometimento do princípio de integralidade do SUS, desarticulando as práticas de saúde mental do cuidado integral de saúde na atenção básica. Desse modo, cabe pensar como está o acesso aos serviços de saúde mental na atenção básica se a porta de entrada para tal serviço encontra-se no nível secundário de saúde.

Quanto a prática psicológica, através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou equipe de saúde mental, ressalta-se que a abrangência do número de equipes de saúde da família que a equipe de matriciamento deve acompanhar, mediante todas as funções de que se encarrega, reduz a atuação da psicologia na atenção básica a encontros semanais com a equipe e apoio a demandas inesperadas ou intercorrências (Böing & Crepaldi, 2010). Desse modo, não há um campo de atuação da psicologia em que se possa realizar práticas efetivas focadas em promoção e proteção de saúde, de modo que o trabalho esteja dedicado a demandas curativas. As autoras salientam que, originalmente, a ideia de inclusão da saúde mental na atenção básica é bastante positiva, pois objetiva-se a integração entre a atenção básica e os níveis secundários e terciários. Porém, o que ocorre é que o trabalho possível não alcança essas expectativas, o que reforça a necessidade de avaliação da atuação da psicologia na atenção básica de saúde no Brasil, bem como das práticas possíveis e, dentre essas, quais possam promover o devido acesso aos serviços de saúde mental para os usuários do SUS.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) realizou um levantamento intitulado Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde, em que apresenta como um dos desafios desse campo de atuação a alta demanda por atendimento psicológico diante da baixa quantidade de recursos humanos. Desse modo, o excesso de demanda faz crescer o tempo das filas de espera. Foram elencados outros tantos desafios como a condição de trabalho precarizada por espaços e materiais insatisfatórios, falta de reconhecimento de profissionais e baixos salários. A elaboração desse trabalho propõe-se, então, a apresentar caminhos possíveis para a psicologia na atenção básica que favoreçam o acesso dos usuários aos serviços de saúde mental apesar dos desafios e limitações desse campo, traçando como problema de pesquisa: quais as possíveis contribuições da atuação psicológica para o favorecimento do acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde mental na Atenção Básica?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar possíveis contribuições da atuação psicológica para o favorecimento do acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde mental na Atenção Básica

Objetivos Específicos

Definir Atenção Básica;

Caracterizar a Psicologia, atuando no campo da Saúde;

Apresentar a atuação da Psicologia na Atenção Básica.

REVISÃO DE LITERATURA

Definição da Atenção Básica na Saúde

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata. Esse evento fomentou a discussão acerca da necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, focado na prevenção e promoção de saúde, além da questão da acessibilidade, fortalecendo o acesso à saúde em todo o mundo e para todos. Nesse sentido, propõe-se que as ações de saúde alcancem todos os povos do mundo até o ano 2000 como uma das principais metas de governos, organizações e comunidade mundial. Assim, elenca os cuidados primários de saúde como sendo a chave no alcance dessa meta. Inclusive, aponta o relatório da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde como base sólida no aprimoramento adicional e operação desse modo de cuidado em todo o mundo (Ministério da Saúde, 2002).

Os Cuidados Primários de Saúde (CPS), por sua vez, representam o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde e devem estar disponíveis o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham, para lhes ofertar a assistência inicial à saúde, processo que pode vir a ser continuado em outras instâncias posteriormente. Possuem função central e são foco principal no sistema de saúde nacional, bem como integram o desenvolvimento social e econômico global da comunidade (Ministério da Saúde, 2002). Inclusive, Lima e Dimenstein (2016) acrescentam que:

“promover cuidados no território e interromper o circuito de interações e segregações implica viabilizá-los de forma articulada, tendo a Atenção Básica como um núcleo central. Garantir a assistência em saúde mental a partir desse campo é encaminhá-la na direção da integralidade do SUS, dos cuidados em rede e em liberdade.” (p.626)

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde encerra-se com um apelo mundial pelo compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde, sugerindo que ocorra um investimento mais substancial de apoio técnico e financeiro na saúde, segundo esse novo modelo que se propõe, especialmente nos países em desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2002). Então, em 1986, após a mobilização interna de outras instâncias no país, acontece a 8ª Conferência de Saúde no Brasil, em que a saúde começa a ser pensada de forma ampliada, de modo que o processo de saúde-doença é pensando não apenas como a ausência de doença, mas como a presença de qualidade de vida, lazer, condições adequadas de moradia e alimentação e etc. A reformulação do Sistema Nacional de Saúde foi pauta dessa conferência, de modo que se propôs a criação do SUS, através de uma ampla Reforma Sanitária (Ministério da Saúde, 1986a).

Desse modo, o SUS consolida-se através da Lei Orgânica de Saúde (LOS), Lei 8080/90, tendo como objetivo de suas ações a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990). Além disso, é instituído, enquanto política de Estado, por meio do artigo 196 da Constituição Federal, em que garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ressaltando a importância de um atendimento integral à saúde como direito social do cidadão (Brasil, 1988). Desse modo, destaca-se seus princípios de universalização (objetiva que a cobertura dos serviços de saúde alcance toda a população), igualdade (requer equidade, ou seja, corrigir desigualdades para promover condições igualitárias), integralidade (contempla as ações de promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação), descentralização (propõe a transferência do poder de decisão sobre a condução político-administrativa da instância federal para a estadual e municipal), regionalização e hierarquização (refere-se à delimitação territorial para as ações de saúde e à organização das unidades conforme complexidade dos serviços sucessivamente) e integração - refere-se a um processo que visa identificar serviços e ações de saúde na intervenção das demandas de saúde (Teixeira et al., 2014).

De acordo com o Art. 8º, da Lei 8080/90, as ações e serviços de saúde serão hierarquizadas em níveis de complexidade (Brasil, 1990), sendo estes: atenção primária, secundária e terciária. A Atenção Primária tem sua organização e gestão a cargo dos municípios (CONASS, 2003) e compreende uma quantidade ampla de procedimentos, como consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, vacinação, curativos, dispersão de medicamentos, mobilização comunitária, entre outros (<https://www.saude.mg.gov.br/sus>). Entende-se os procedimentos desse nível como menos complexos e densos quanto à oferta tecnológica e profissional requerida (Teixeira et al., 2014). Atenção Secundária e Terciária são, também, denominadas Média e Alta Complexidade (<https://www.saude.mg.gov.br/sus>). O Ministério da Saúde define como competência da Alta Complexidade, tanto procedimentos ambulatoriais, quanto hospitalares - como tomografia, estudo hemodinâmico, quimioterapia e ressonância magnética -, enquanto que as atribuições da Média Complexidade estão situadas dentre a Atenção Primária e Alta Complexidade, referindo-se a atribuições ambulatoriais - como consultas das diferentes especialidades médicas, procedimentos de diagnose e terapias. O determinante do nível de complexidade dos procedimentos parece ter sua definição mais atrelada às possibilidades de oferta no conjunto dos Estados do que ao nível de complexidade tecnológica requerida pela demanda de saúde. Portanto, a Assistência de Média e Alta Complexidade depende do grau de descentralização presente no Estado. A gestão desses dois níveis

cabe exclusivamente ao Estado, exceto quando se encontram em Gestão Plena do Sistema Municipal¹ (CONASS, 2003).

Dados os objetivos desse trabalho, objetiva-se lançar luz, em especial, sobre a AB, apresentada internacionalmente como Atenção Primária à Saúde (APS). Essa tem, no Brasil, sua valorização através da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (CONASS, 2003). Além desses programas, a APS é constituída pelas UBS e pelo NASF (<https://www.saude.mg.gov.br/sus>). O PSF foi implantado em 1994 como efeito de um amplo processo de reorganização da AB. Nesse período (década de 90), deu-se o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, respaldado em Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS), que deram origem à Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS). Essa última, tratava de resgatar o princípio de regionalização, em contraponto ao processo de municipalização proposto pelas NOBS. Desse modo, posteriormente, adotou-se a proposta de constituição de redes interligadas que articulam a AB aos serviços especializados (Teixeira et al., 2014). A ESF, como forma de territorialização, institui o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento da atuação da equipe de saúde. Desse modo, é possibilitada a compreensão dos fatores que influem sobre o processo da saúde na comunidade, como a dinâmica do núcleo familiar, suas relações sociais e modo social de produção, além de outros determinantes sociais (CONASS, 2003).

Para além do Brasil, a APS mostra-se uma megatendência dos sistemas de saúde no mundo, caracterizando-se, possivelmente, como principal componente desses últimos (CONASS, 2003). Starfield (2002) aponta a APS como um modelo de atenção mais acessível do que o modelo de subespecialidade, que foca o tratamento de enfermidade e, por isso, necessita de recursos altamente tecnológicos, o que encarece os custos desse tipo de atenção. Inclusive, ressalta os condicionantes de saúde-doença como sendo mais amplos do que os fatores biológicos, abrangendo, a vida do sujeito de forma mais ampliada como componente essencial no processo de adoecimento. Já em 1999, o Manual para Organização da Atenção Básica propunha a ampliação do conceito de AB para alcançar-se um sistema de saúde na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (Ministério da Saúde, 1999). Desse modo, o modelo de atenção focado na busca direta por especialista, próprio do modelo médico hospitalocêntrico, parece comprometer a qualidade da atenção. Por tanto, o modelo de APS repercute diretamente sobre os custos e eficiência do sistema de forma positiva (CONASS, 2003).

¹ Refere-se à capacidade de gerenciar todos os recursos e serviços de saúde do seu território, bem como de garantir o atendimento integral de saúde a sua própria população e outros municípios, uma vez que possui papel de referência para eles (Diário Oficial da União, 2001). (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html).

Caracterização Da Psicologia, Atuando No Campo Da Saúde

A Psicologia da Saúde surge como um novo campo da Psicologia, especialmente, com a criação da Divisão 38 da Associação Psicológica Americana (APA), em 1978 (Perissé, 1975), com foco de produção de conhecimento na área da saúde física. Assim, em 1979, ocorreu a primeira publicação que definiu Psicologia da Saúde, a qual deve-se a Stone, que caracterizou essa como toda aplicação da psicologia ao campo da saúde, tanto na prestação do cuidado como na saúde pública, financiamento, legislação, etc. No ano seguinte, Matarazzo propõe sua definição ao conceito, em que caracteriza este como um domínio que agrega o conhecimento de diversas áreas da psicologia para a “promoção e proteção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e o aperfeiçoamento da política de saúde” (Ribeiro, 2011, p.24).

Ribeiro (2011) aponta que a conceituação de Matarazzo para o tema entra em contradição ao proposto pela declaração originada na Conferência de Arden House, em que se afirma que a Psicologia da Saúde possui um corpo próprio de teoria e conhecimento, de modo que isso a diferenciaria dos demais campos da psicologia. A definição clássica de Matarazzo afirma que a base de conhecimento aplicada em Psicologia da Saúde é proveniente de outros campos da Psicologia. Com a Carta de Ottawa, discute-se o papel da psicologia na saúde, devido aos novos objetivos de saúde idealizados sob influência da conferência de Alma-Ata, em 1978, que enfoca os cuidados primários de saúde (Ministério da Saúde, 1986b). A Psicologia da Saúde surge, então, no contexto do redirecionamento da atuação psicológica em hospitais psiquiátricos - após começarem a desaparecer, devido a críticas da época ao modelo de internação nesses locais - para hospitais gerais. Assim, psicólogos passam a prestar apoio a pacientes com doenças não mentais, com dificuldade de adaptação à doença, às sequelas dessa e outras demandas dessa ordem (Ribeiro, 2011).

Com as contribuições da Psicologia da Saúde à própria Psicologia, bem como ao campo da Saúde, destaca-se a Psicologia como profissão de saúde. Desse modo, a dualidade da dimensão física e mental no processo de adoecimento que, inicialmente, separava Psicologia da Saúde (com foco essencialmente na doença física) e Psicologia Clínica (com foco essencialmente na doença mental) deixa de fazer sentido e gera a aproximação dessas. Superando a dualidade mente/corpo, surge a ideia de Psicologia Clínica da Saúde, que propunha a utilização dos saberes de todos os campos práticos da Psicologia na “promoção e proteção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física” (p.33), nas quais os fatores psicológicos influem de diferentes formas. Na verdade, a ideia de que mente e corpo são indissociáveis é amplamente defendida na psicologia. Porém, no campo da prática psicológica, essa

dualidade faz-se presente na organização profissional do serviço de psicologia, em que alguns consideram a Psicologia da Saúde como sendo uma área de intervenção da própria Psicologia Clínica e outros como sendo uma abordagem diferente (Ribeiro, 2011).

Matarazzo (1982) aponta a “Psicologia Clínica da Saúde” como uma das quatro abordagens à Psicologia da Saúde, em que essa primeira segue o modelo biopsicossocial e propõe sua intervenção junto ao sistema de cuidados de saúde. A segunda abordagem, “psicologia da saúde pública” é uma área de estudo, investigação e intervenção multidisciplinar em saúde pública e intervenção psicológica na promoção da saúde e na educação para a saúde. A terceira abordagem, a “psicologia da saúde comunitária”, tem a comunidade como campo de investigação e intervenção. A quarta abordagem, a “psicologia da saúde crítica analítica”, foca os componentes que influenciam a teoria e a prática da Psicologia da Saúde, tais como os processos macrossociais e econômicos e sua influência nos cuidados de saúde.

Em suma, referente à atuação da psicologia na saúde, conforme Ribeiro (2011), a distinção mais relevante parece ser dos termos “campo da saúde” e “cuidados de saúde”, proposta pelo relatório Lalonde, em 1974, que propôs uma nova perspectiva de saúde no Canadá. Assim, campo da saúde referia-se a todas as ações e serviços de saúde, incluindo os cuidados de saúde, os quais estariam relacionados ao que se fazia nos hospitais e demais contextos de saúde tradicionais relacionados a tratamento.

No Brasil, a própria denominação Psicologia da Saúde suscita uma confusão de terminologias, como Medicina Psicossomática, Psicologia Hospitalar e Psicologia Clínica. Porém, tal confusão encontra-se na organização estrutural desses conceitos, o que compromete a compreensão dos diferentes marcos históricos e concepções de base sobre a atuação da psicologia e sua inserção social. Entretanto, é justamente dessas diferenças e antagonismos teórico-ideológicos que surge a Psicologia da Saúde, área já consolidada internacionalmente, mas, ainda em desenvolvimento no Brasil (Castro & Bornholdt, 2004).

Spink (2013) aponta a Psicologia da Saúde como um novo campo, apesar já passados 35 anos de sua definição inicial, pois devido mudanças na forma inserção da psicologia na saúde e a abertura de novos campos de atuação, essa prática acaba por sofrer transformações importantes, que culminam na necessidade de transformação teórica. Refere que a inserção da Psicologia no campo da saúde ocorre tardiamente em comparação a outras áreas, como Sociologia, Antropologia e Economia. Além disso, sua inserção ocorre de forma discreta e lenta, em que se buscava a definição de sua atuação, contribuição teórica efetiva e formas de incorporação do biológico e do social ao fato psicológico, a partir de uma visão de sujeito abstrato e a-histórico, comum na clínica tradicional.

O campo de aplicação da psicologia na saúde, inicialmente, resumia-se a atividades de consultório, em que se atendia uma clientela oriunda de classes mais abastecidas, e atividades hospitalares e ambulatoriais de saúde mental, vinculadas aos paradigmas da Psiquiatria, com o foco predominante na internação e medicalização. Se, na clínica tradicional, o psicólogo possuía um papel autônomo, pouco podia contribuir junto a equipe médica, restringindo-se à função de preparar o paciente para procedimentos clínicos e atuando junto deste na manutenção de seu papel passivo no tratamento de sua doença. A grande mudança da atuação da psicologia na saúde ocorre pela adoção de uma política de desospitalização e extensão dos serviços de saúde mental à rede básica, em São Paulo, no ano de 1982, pela Secretaria de Saúde. Desse modo, criou-se equipes compostas por um psiquiatra, um assistente social e um psicólogo que passaram a atuar em centros de saúde do Estado, o que, teoricamente, constitui uma rede de serviços integrados com os níveis primário, secundário e terciário (Spink, 2013).

A autora apresenta, ainda, Cuba como sendo o único país da América Latina a conseguir incorporar a prática psicológica em todos os níveis de atenção, de modo que a psicologia ampliou seu objeto de estudo, englobando o conhecimento dos processos sociopsicológicos relevantes para saúde e dos componentes da origem e desenvolvimento da doença, bem como de processos psicológicos e psicopatológicos da clínica tradicional. Além disso, passa a englobar aspectos da prática médica, como a relação médico-paciente, formas de utilização, satisfação e participação da comunidade na avaliação dos serviços.

Examinando um marco teórico adequado à psicologia da saúde, Spink (2013) identifica três problemas de base. Primeiramente, destaca-se o problema da formação com o predomínio do modelo psicodinâmico e ausência das temáticas acerca da saúde pública. Em seguida, aponta o problema da visão de sujeito como um ser abstrato e a-histórico, desvinculado de seu contexto social. Na capacitação do psicólogo, temas macrossociais que possibilitam a compreensão de determinantes econômico-sociais dos fenômenos psicológicos são pouco abordados. Por fim, ressalta a hegemonia do modelo médico, em vez da utilização de paradigmas verdadeiramente psicológicos no estudo do processo de saúde-doença. Esse modelo médico, segue o paradigma da medicina científica, em que os conhecimentos originados empiricamente são repassados como verdade pelo conjunto médico, o qual assume posição de autoridade na relação com o paciente e equipe (Spink, 2013).

A compreensão do processo de saúde-doença na Psicologia da Saúde, ao longo do tempo, reproduziu o modo de pensar da própria Psicologia, enquanto disciplina mãe, passando de uma visão intraindividual para a incorporação superficial do social posteriormente e, só recentemente, passou a adotar uma perspectiva mais dinâmica diante do social, abarcando uma postura construtivista. Esse processo, a partir de uma perspectiva psicológica, fora caracterizado por Spink em três vertentes. A

primeira vertente, intraindividual, privilegiava uma via de explicação individualizada para o aparecimento de doenças e pode compreender duas correntes distintas: a psicogênese, que propõe que os conflitos inconscientes não resolvidos levam ao adoecimento psicossomático, mas perde espaço para a compreensão da multicausalidade da doença; as teorias da personalidade, que relacionam aspectos da personalidade do indivíduo a alguns tipos de adoecimento. A segunda vertente dá ênfase aos aspectos psicossociais presentes no surgimento de doenças, uma vez que busca por correlações entre eventos estressores na vida do indivíduo e o surgimento de doenças. Essa vertente está objetivamente relacionada a uma perspectiva de promoção de saúde e prevenção de doenças. A terceira vertente, que aborda a perspectiva construtivista do processo saúde-doença, privilegia a visão do paciente em vez da do médico ou sistema de saúde. Essa vertente não tem por objetivo lançar leis causais acerca do adoecimento, dado que compreende a doença como fenômeno psicossocial, historicamente construído, e, assim, representa a lógica vigente sobre o adoecer e o doente em dada sociedade (Spink, 2013).

Nessa última vertente, são apresentados dois marcos metodológicos na compreensão do processo saúde-doença: a doença passa a ser compreendida como fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade; a ótica médica deixa de ser a única via de comparação legítima, fornecendo espaço para a legitimação da ótica do sujeito. Diante das mudanças propiciadas pela terceira vertente em especial, merece maior destaque a questão da prática psicológica nos serviços de saúde, favoravelmente em serviços ambulatoriais e em unidades básicas. Esse modo de inserção, perverte a relação clínica tradicional e força as(os) profissionais de psicologia a adotarem uma postura coerente à psicologia comunitária, uma vez que, nesse momento, a clínica tradicional mostra-se deficitária quanto aos conhecimentos necessários para embasar um novo modo de atuação. Portanto, a lógica construtivista contribui para a compreensão e intervenção no processo de saúde-doença, “diminuindo a distância social, possibilitando a compreensão da visão de mundo específica dos diversos grupos sociais e motivando os psicólogos a buscarem formas de atuação mais compatíveis com os objetivos do atendimento ao nível primário” (Spink, 2013, p.50).

Dimenstein (1998) relata que a entrada da psicologia na saúde pública ocorreu em um contexto histórico-político-econômico determinado, o qual favoreceu a valorização cultural da profissão enquanto atividade essencial à sociedade. Nesse sentido, cita alguns fatores que contribuíram para a inserção do psicólogo no âmbito das organizações públicas de saúde:

O contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos; A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e a retração do mercado dos atendimentos privados; Os movimentos da categoria

na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade; Difusão da psicanálise e psicologização da sociedade. (Dimenstein, 1998, p.56)

A atuação da psicologia, na AB, é uma conquista de muitas lutas, como o Movimento Sanitário Brasileiro, a Luta Antimanicomial e o próprio SUS. Sua inserção na AB ocorre no sentido de garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde mental na própria comunidade em que reside (Dimenstein, 1998). Fortalecendo essa conquista, em 2008, a saúde mental ganha mais respaldo para que fosse ofertado um atendimento no contexto dos usuários, com a criação do NASF, através da Portaria nº 154, que prevê a presença de pelo menos um profissional de saúde mental. Porém, a presença de um profissional da psicologia não é garantida nesta portaria (Ministério da Saúde, 2008).

O NASF surge para prestar apoio matricial à eSF e não deve ser compreendido como porta de entrada do sistema, uma vez que atua em demandas identificadas no trabalho conjunto com a eSF (Ministério da Saúde, 2008). Apesar da importância da psicologia na rede pública, a atuação do psicólogo no SUS ocorre em nível secundário, pois essa atuação não se mostra condizente às demandas da atenção básica, dada a estrutura das políticas de saúde atuais (Böing, Crepaldi & Moré, 2009).

No manejo da saúde mental na APS, mostra-se importante o desenvolvimento do apoio matricial por parte dos profissionais do NASF às eSF (Ministério da Saúde, 2010). O apoio matricial objetiva o favorecimento de realizar-se clínica ampliada, articulando, de forma dialógica, diferentes especialidades e profissões. Objetiva, também, ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuário, de modo que se assume uma lógica de corresponsabilização entre as eSF e o sistema de saúde, superando a lógica de encaminhamento anárquico (Campos & Domitti, 2007). O apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da APS ao passo que desenvolve, na eSF, a capacidade de manejar o sofrimento psíquico e a integra à rede de assistência (Ministério da Saúde, 2010).

Na construção do Caderno de Atenção Básica, verifica-se as ações de saúde mental e o papel estratégico dos profissionais de saúde mental, em que dispõe que os profissionais devem organizar e estruturar espaços de: “(a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; e (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade.” (p.42) Além disso, também, utilizar ferramentas tecnológicas, como: “o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.” (Ministério da Saúde, 2010, p.42)

O item “Saúde Mental no Nasf” desse mesmo material conclui que, através da estratégia do NASF, as eSF poderão organizar-se para fornecer um cuidado mais integral e qualificado nos casos de saúde mental. Essa abordagem é, também, defendida por Böing et al. (2009), que afirmam ser cada

vez mais frequente a demanda de saúde mental nas unidades de saúde, de modo que os usuários expressam visivelmente o sofrimento psíquico.

Eslabão et al. (2019) afirmam que, nesse nível de atenção, há duas grandes frentes de ações em saúde mental: detectar as queixas inerentes ao sofrimento psíquico, promovendo escuta qualificada e sensível; oferecer tratamento no próprio território, lançando mão do encaminhamento para serviços especializados apenas quando for necessário este tipo de conduta. E concluem que “é preciso um deslocamento dos processos de trabalho em saúde, uma reorganização dos serviços e dos modos de produção do cuidado.” (p.10) Portanto, torna-se necessária a efetivação de práticas embasadas num modelo ampliado de cuidado, no qual o centro da atenção é o usuário.

Caracterização de Clínica Ampliada

Como já mencionado anteriormente, a Reforma Sanitária propiciou a universalidade do direito à saúde, que fora oficializado, mais tarde, com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. Tinha por objetivo promover uma série de mudanças no setor da saúde para alcançar melhores condições de vida à população (Ministério da Saúde, 1986a). Contemporâneo à Reforma Sanitária, o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira funda-se no contexto da crise do modelo hospitalocêntrico e na eclosão da busca pelos direitos de pacientes psiquiátricos. Esse movimento foi possível a partir da articulação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o coletivo de profissionais da área de saúde, sobretudo mental, organizações, pacientes e familiares, que teceram críticas ao dito saber psiquiátrico e ao modelo de assistência ao sujeito com transtorno psiquiátrico focado na hospitalização em manicômios - os quais foram alvo de sérias denúncias. Portanto, a RP é “compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (Ministério da Saúde, 2005, p.6). Assim sendo, é no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que a RP avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (Ministério da Saúde, 2005).

Em sinal de avanço da reforma, em 1987, ocorre o II Congresso Nacional do MTSM, que adota o lema “por uma sociedade sem manicômios” e, neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e ocorre o surgimento do primeiro CAPS no Brasil. Logo após, em 1989, inicia-se o processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, pela Secretária Municipal de Saúde de Santos (SP), na Casa de Saúde Anchieta (marcada pelos maus tratos e mortes de internos). Dada a importância e repercussão nacional dessa intervenção, possibilita-se a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. O município de Santos, nesse período, torna-se um marco no processo da RP brasileira devido a esse e todos os posteriores movimentos realizados, como a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações (Ministério da Saúde, 2005).

No campo legislativo e normativo, a RP avança com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Todavia, é mais adiante, em 2001, que a lei é sancionada no país, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. A Lei Federal 10.216 acrescenta novo ritmo à RP, uma vez que redireciona a assistência em saúde mental, de modo que privilegia a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Inclusive, incorpora linhas específicas de financiamento, que foram fundamentais para a efetivação do movimento de desinstitucionalização, migrando os cuidados para

a rede comunitária. Neste mesmo contexto, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que se soma aos impulsos da Lei 10.216 (Ministério da Saúde, 2005).

Rotelli, ainda antes, em 1990, defendeu a ideia de instituição invertida ao falar do processo de desinstitucionalização, de modo que o foco do cuidar migra para a produção de vida e reconstrução social através do mecanismo de reconstrução de sentido, que é singular a cada paciente. Desse modo, defende que o trabalho terapêutico deve estar voltado a

“reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana” (Rotelli, 1990, p.90).

Nesse sentido, surge a proposta de Clínica Ampliada, que propõe uma mudança de foco, deixando de preocupar-se apenas com a redução dos sintomas e ocupando-se, também, e principalmente, com os seus efeitos sobre o cotidiano do indivíduo, ou seja, como o sujeito experimenta o que é classificado como transtorno mental (Leal & Delgado, 2007). Inclusive, acrescentam, Leal e Delgado, que esse modo de cuidado trata-se de um conjunto de princípios e preceitos, os quais embasam um modo próprio de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento. Portanto, entendem o cuidado como “fruto da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente” (p.140). Acrescentam que o tratamento visa promover laços sociais para combater a exclusão, de modo que o cuidado envolva os diferentes temas da vida diária como lazer, moradia, trabalho, etc, buscando novos modos de viver que possibilitem ao sujeito dar continuidade à própria vida, mesmo que de forma diferente do contexto pré adoecimento, superando a situação que gera sofrimento (Leal & Delgado, 2007).

Uma clínica adequada, portanto, precisa ir além do dado comum que o sujeito possa apresentar, alcançando a singularidade do conjunto de sinais e sintomas que nele se manifestam. Esta clínica, a Clínica Ampliada, compreende a complexidade do trabalho em saúde e busca integrar diferentes saberes que possibilitem um manejo eficaz de cada caso, de modo que este trabalho se configura, inevitavelmente, como transdisciplinar e, por conseguinte, multiprofissional. A complexidade deste modo de cuidado pode, por vezes, gerar a sensação de desamparo nos profissionais de saúde. Todavia, uma vez reconhecida, abre caminho para a construção conjunta de diagnósticos e propostas de solução com a equipe de saúde, serviços de saúde, ação intersetorial e com os próprios usuários. Para tanto, a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribuem significativamente para a mudança de cultura e para

a adequada manutenção da responsabilidade sobre o sujeito atendido (Ministério da Saúde, 2009).

As Equipes de Referência somam esforços ao trabalho de base comunitária, possibilitando essa atenção com a devida responsabilização dos profissionais na atenção e construção de um Projeto Terapêutico Singular, o qual articula um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, construído a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (e Apoio Matricial se necessário), tendo como elemento central a singularidade do sujeito/caso. Nesse sentido, propicia uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos no tratamento dos usuários para além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Na prática, é uma reunião com toda a equipe, em que todas as opiniões somam à compreensão da demanda de cuidado em saúde do sujeito e para definição de propostas de intervenção (Ministério da Saúde, 2009).

Além disso, a Clínica Ampliada precisa ser compartilhada, de modo que os equipamentos de trabalho privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Para tanto, são necessárias técnicas relacionais que favoreçam a escuta de si e do outro e de lidar com a diversidade que compõe o todo deste campo de trabalho. Inclusive, tendo em vista a ampliação do objeto de trabalho dos profissionais de saúde, entende-se por necessário o estabelecimento de instrumentos de suporte a estes, enfrentando-se, primeiramente, o ideal de neutralidade que indica a presença de um interdito aos profissionais em relação à própria subjetividade. A gestão deve ater-se em inserir o tema nas discussões de caso, buscando ofertar os cuidados necessários em saúde mental a esses profissionais em vez de culpabilizar aqueles que apresentem dificuldades nesse modo de trabalho que parte da complexidade e da escuta aberta aos sujeitos, comunidade e contextos. Desse modo, a Série B de textos básicos de saúde, referentes à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, aponta que “no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada” (p.11). Esse material ainda avalia que os instrumentos acima mencionados (Clínica Ampliada, Equipes de Referência e Projetos Terapêuticos Singulares) mostram-se, até então, como resolutivos no âmbito da atenção e gestão de serviços e redes de saúde (Ministério da Saúde, 2009).

No tocante ao tratamento, o empenho do sujeito não pode estar voltado exclusivamente à doença, mas à capacidade própria de resiliência, à capacidade de vida apesar da doença. Comumente, o excesso de foco na doença em serviços ambulatoriais gera um desvio da atenção à produção de vida e leva a um contexto de pacientes poliqueixosos, uma vez que os aspectos do adoecimento passam a ocupar papel central em suas vidas (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com Sundfeld (2010), a construção desse novo modo de trabalho sustenta-se, especialmente, pela mudança de atitude dos profissionais e pela gestão participativa da comunidade. A autora afirma que, ainda mais do que dispositivos técnicos, os profissionais da saúde precisam produzir formas de subjetivação que possibilitem a construção de uma nova ética entre os mesmos, baseada na compreensão de que os serviços de saúde, por natureza, são um espaço público, de modo que o trabalho ali empregado deve ser guiado pelo reconhecimento dos direitos acerca da assistência em saúde e valores humanitários e de solidariedade. Todavia, a autora destaca que a clínica tradicional (modelo biomédico) não considera a perspectiva da subjetividade como produto oriundo do tecido social e histórico, que é atravessado por uma dinâmica de forças que levam a um movimento de (des)construção. Desse modo, separar o fazer da clínica dos processos de subjetivação é negar a interface clínica-política, de modo que o pensar desta última, na relação com a produção de subjetividade, implica analisar criticamente as formas instituídas, criando espaço de experimentações de movimentos instituintes (Sundfeld, 2010).

Um dos elementos centrais da proposta de clínica ampliada, em concordância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, é a defesa do cuidado ofertado o mais próximo do sujeito, ou seja, de base comunitária. Dessa forma, o conceito de território não se limita à ideia de espaço geográfico, mas amplia-se para a concepção de um espaço de construção de subjetividade humana, de relações afetivas, relações de pertencimento. Portanto, o planejamento das estratégias e políticas públicas procede do processo de conhecer o local, quem e como o habita, as relações afetivas, trocas e tensões que nele ocorrem, suas necessidades. Compreendendo a dinâmica que compõe o território e buscando uma prática intersetorial, pode-se atender à complexidade deste campo em direção à promoção de saúde (Sundfeld, 2010).

MÉTODO

Delineamento

Este trabalho constituir-se-á a partir de pesquisa qualitativa do tipo exploratória. A pesquisa qualitativa traz para foco a busca pelo sentido contido na especificidade das unidades de um objeto de estudo, bem como na relação entre elas (Laville & Dionne, 1999). Esse tipo de estudo caracteriza-se por uma metodologia indutiva, em que a experiência do pesquisador na coleta e análise de dados influencia o estudo realizado (Creswell, 2014).

O estudo do tipo exploratório torna-se pertinente neste trabalho, uma vez que há a necessidade de aperfeiçoar o conhecimento acerca do contexto da atuação psicológica junto à atenção primária à saúde para que se possa tecer discussões mais precisas, as quais podem servir a estudos posteriores (Laville & Dionne, 1999; Gil, 2008). Visto que se objetiva estudar o panorama atual, tornam-se necessários o esclarecimento e a delimitação do tema escolhido, configurando, assim, esse trabalho como uma etapa inicial de uma investigação de maior amplitude (Gil, 2008).

Fontes

O presente estudo utilizou, exclusivamente, fontes bibliográficas como material para ser analisado e contemplar o problema de pesquisa. Especialmente, foi privilegiado o uso de seis artigos científicos da área com data de publicação de 2009 a 2020. Apresenta-se, abaixo, a tabela 1 que contém as referências desses seis artigos e a numeração de cada texto que vai ser utilizada na próxima tabela.

Tabela 1: Fontes bibliográficas

Número do texto	Fonte bibliográficas
1	Rosa, N. B., & Silva-Roosli, A. C. B. (2019). A psicologia na atenção básica: possibilidades de intervenção na promoção e prevenção à saúde. <i>Revista Psicologia e Saúde</i> , 11(2), 99-114. DOI: 10.20435/pssa.v11i2.654
2	Mesquita, D. T., Perucchi, J., & Mattos J. (2017). Psicologia e trabalho interdisciplinar na Atenção Primária: um relato de experiência. <i>Revista da SBPH</i> , 20(2), 153-165. Recuperado em 08 de junho de 2021 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200010&lng=pt&tlng=pt .

- 3 Medeiros, R. H. A. (2020). Psicologia, saúde e território: experiências na atenção básica. *Psicologia em Estudo*, 25, 1-11. DOI: 10.4025/psicolestud.v25i0.43725
-
- 4 Fermino, J. M., Patrício, Z. M., Krawulski, E., & Sisson, M. C. (2009). Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. *Aletheia*, (30), 113-128. Recuperado em 08 de junho de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&tlng=pt.
-
- 5 Gonçalves, L. O., Farinha, M. G., & Goto, Tommy, A. (2016). Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 22(2), 225-232. Recuperado em 08 de junho de 2021 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000200015&lng=pt&tlng=pt.
-
- 6 Chazan, L. F., Fortes S., Jr Camargo, K. R. & Freitas, G. C. (2019). O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), 1-20. DOI: [10.1590/S0103-73312019290212](https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290212)
-

Instrumentos

Foram utilizadas duas tabelas para sistematizar, inicialmente apresentando os artigos selecionados e a segunda tabela apresenta os recortes para serem analisados. As tabelas são uma forma prática para reunir os dados tratados e compõem um campo complementar ao texto. Essas devem ser apresentadas de forma clara e simplificada (Laville & Dionne, 1999).

Procedimentos

Os procedimentos abarcaram uma revisão teórica dos materiais de autores clássicos de Psicologia da Saúde, bem como de autores contemporâneos acerca da mesma temática, porém, com foco específico, ou seja, no campo da atenção primária à saúde.

Os textos selecionados foram lidos diversas vezes, a fim de compreender-se o atual panorama da atuação da psicologia na atenção básica de saúde, realizando recortes desses textos, que estão relacionados ao problema de pesquisa e, posteriormente, emergiram as categorias de análise para

realizar uma discussão acerca das relações identificadas. Formato este que se configura por um modelo aberto de definição de categorias analíticas, em que é reunida, posteriormente, determinada quantidade de unidades do material de análise, que tenham significação aproximada. Desse modo, as categorias de análise não são definidas previamente no estudo, mas, após aperfeiçoar o conhecimento acerca dos conteúdos selecionados (Laville & Dionne, 1999).

Referencial de análise

A análise de conteúdo de Laville e Dionne (1999), empregada a esse trabalho, refere-se a uma reconstrução do sentido de um conteúdo, extraído dos materiais separados e analisados criteriosamente. A análise inicia-se na própria coleta de dados e organização desses, uma vez que mediada pela hipótese norteadora do trabalho. Esse processo inicial permite ao pesquisador elaborar sua percepção sobre o fenômeno, guiando-se pelas especificidades encontradas no material selecionado.

A análise de conteúdo não é uma metodologia rígida, mas um conjunto de processos que corroboram para a revelação do sentido de um conteúdo. São esses processos:

Recortes dos conteúdos, que é etapa inicial e consiste em recortar elementos dos conteúdos selecionados para serem agrupados em categorias de análise posteriormente. Destaca-se a importância de considerar tais recortes como a seleção de unidades de sentido, tendo especial vantagem os recortes de estrutura gramatical, ou seja, frases e orações, pois delimitam mais o conteúdo e sentido (Laville & Dionne, 1999).

Categorias de análise são agrupamentos de unidades que compartilham de um sentido, podendo serem formadas a partir da etapa de recortes de conteúdo ou posteriormente, conforme desejar o pesquisador. Neste trabalho, optou-se pelo modo indutivo, em que a construção de categorias de análise ocorreu ao longo da própria análise, uma vez que essa pesquisa possui caráter exploratório (Laville & Dionne, 1999).

A modalidade de análise e de interpretação escolhida foi uma análise qualitativa de conteúdo, buscando significação através da relação entre as especificidades das unidades de sentido, preservando a forma literal dos dados. Utilizou-se a estratégia de emparelhamento, que consiste na associação de um objeto de estudo, nesse caso, a atuação da psicologia na atenção básica à saúde, a um modelo teórico, em que se optou pela Psicologia da Saúde, objetivando verificar a organização lógica existente entre esse objeto e aporte teórico. As categorias foram definidas a posteriori e pelo modelo aberto.

RESULTADOS

Tabela 2: Categorias e recortes dos textos analisados

Categoria A: RECORTE 1- "por vezes, os profissionais negavam-se a realizar AÇÕES À atendimentos a usuários com esse perfil (com diagnósticos psiquiátricos). EQUIPE (...) foi possível trabalhar aspectos referentes ao tratamento e manejo em saúde mental com as famílias e profissionais das equipes" (texto 1, p.105)

RECORTE 2- "As articulações intersetoriais resultaram no desenvolvimento de estudos de caso, visitas domiciliares compartilhadas, construção de fluxos de encaminhamento e atendimento a usuários com direitos violados, bem como a pactuação de abordagens no território" (texto 1, p.106)

RECORTE 3- "Em regiões geograficamente mais afastadas da UBS, existiam poucas ações de saúde ofertadas para tal população. (...) sensibilizou-se os profissionais acerca de graves situações recorrentes e, progressivamente, essa população foi incorporada ao acompanhamento" (texto 1, p.107)

RECORTE 4- "uma tecnologia criada pelas residentes foi a ficha de avaliação multiprofissional, que objetivou analisar diversos aspectos da vida do usuário e montar um plano de ações a partir de uma consulta multiprofissional. (...) Assim, a análise da necessidade de encaminhamento para outro profissional torna-se mais consciente" (texto 2, p.161)

RECORTE 5- "a abordagem compartilhada favoreceu um olhar ampliado sobre as queixas da usuária, favorecendo uma ação de saúde mais diversificada, que incluiu os cuidados com a saúde quanto a aspectos físicos, mentais e sociais" (texto 1, p.109)

RECORTE 6- "escuta da comunidade (...) permitiu levantar uma série de impressões sobre a equipe, o trabalho na unidade e levantar algumas ideias para a melhoria do acesso" (texto 3, p.6)

RECORTE 7- "o trabalho da psicóloga inseriu-se no acompanhamento ao pré-natal; discussão de casos de crianças e adolescentes no CRAS, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), CAPS, escolas e projetos sociais; além de visitas domiciliares para orientação de famílias com conflitos. p.107 (...) "observou-se a contribuição da Psicologia para a mudança da abordagem pautada numa concepção estritamente biológica de saúde." (texto 1, p.108)

Categoria B: RECORTE 8- "casos relacionados a usuários com diagnósticos
AÇÕES AO psiquiátricos (...), foi possível trabalhar aspectos referentes ao tratamento
USUÁRIO e manejo em saúde mental com as famílias" (texto 1, p.105)

RECORTE 9- "algumas temáticas relacionadas a estresse, depressão e ansiedade foram trabalhadas nos encontros (grupos abertos à comunidade), de forma a relacionar estes tópicos com os outros problemas de saúde apresentados pelos integrantes, bem como encontrar em conjunto formas de lidar com eles." (texto 2, p.159)

RECORTE 10- "As VDs eram uma atividade frequente. (...) Em alguns casos, as residentes retornavam (...) para fornecer orientações e estabelecer um plano de cuidados; em outros momentos os cuidadores iam até a unidade para conversar com as residentes sobre os casos." (texto 2, p.160)

RECORTE 11- "a maior parte das queixas de consultas para a Psicologia foram designados como casos subclínicos (...) muitos atendimentos funcionaram mais como uma espécie de acolhimento e os usuários julgaram não mais precisar de ajuda, pois conseguiram aliviar seu sofrimento através da fala." (texto 2, p.162)

RECORTE 12- "Criou-se o dispositivo de grupos de recepção (...) possibilitou a construção da demanda e da orientação terapêutica (...) evitaram-se agendamentos desnecessários, (...) diminuição do absenteísmo e reduziram-se tempos de espera para o primeiro atendimento" (...) ampliação do potencial do cuidado integral (texto 3, p.7,8 e 9)

RECORTE 13- "a inserção de uma equipe multiprofissional, formada por residentes, contribuiu para um atendimento mais integral." (texto 2, p.160)

RECORTE 14- "a oferta do PP, como alternativa de intervenção, (...) contribui que muitas pessoas aceitassem serem atendidas já que elas já estavam em atendimento com outros profissionais da UBS, facilitando que não houvesse mais deslocamentos até a unidade. " (texto 5, p.231)

Categoria C: BARREIRAS RECORTE 15- "falta clareza aos profissionais acerca do que pode e deve ser feito no campo psicológico, em termos de assistência à saúde da população." (texto 4, p.120)

RECORTE 16- "sobressaiu-se o pouco conhecimento, por parte dos psicólogos (...) sobre a população de sua abrangência, em razão de não terem uma unidade de saúde específica para atuar" (texto 4, p.120)

RECORTE 17- "relataram dificuldades com a atuação no PSF, pois o trabalho em equipe multiprofissional, voltado à comunidade, exige um modelo de referencial teórico e metodológico que a maioria não recebeu em sua formação acadêmica" (texto 4, p.121)

RECORTE 18- "há aqueles que justificam a não participação em ações mais abrangentes, como visitas domiciliares e reuniões comunitárias, por 'falta de tempo'." (texto 4, p.123)

RECORTE 19- "Apesar da saúde mental constituir um dos nós-críticos da AB, o psicólogo está pelo menos um degrau afastado desse cenário" (texto 3, p.7)

RECORTE 20- "a procura por essas unidades ocorre somente quando eles estão com algum sintoma patológico ou problema físico" (texto 5, p.230)

RECORTE 21- "apontaram o excesso de demandas para eSF e indisponibilidade para o trabalho conjunto e a ausência de ambulatório de retaguarda"(texto 6, p.9)

"As equipes vivenciam situações que são opostas ao proposto pela portaria 3.124/MS, que estabelece um máximo de nove equipes por NASF" (texto 6, p.9)

RECORTE 22- "destacaram as dificuldades das eSF em entenderem o que é matriciamento, acarretando resistências para consultas conjuntas ou apoio." (texto 6, p.9)

DISCUSSÃO

A partir dos recortes realizados e apresentados na tabela acima, identificou-se algumas relações e entendimentos possíveis, os quais serão apresentados nesta discussão. Acerca da categoria A, “Ações à equipe”, buscou-se, nos artigos selecionados, por relatos sobre a atuação psicológica na AB junto à equipe, sendo esta composta por profissionais de Unidades Básica de Saúde, Escolas, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), entre outras organizações da comunidade que atendem à população local.

No recorte 1 elencado, tem-se o relato de que a equipe negava-se a realizar o atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos. No artigo em questão, é referido que este tipo de demanda era repassada à psicóloga através das ações de apoio matricial realizadas na UBS, uma vez que a equipe entendia que estes casos pertenciam aos cuidados da atenção psicossocial. Na ocasião de umas das reuniões de matriciamento, fora repassada a demanda de atendimento de uma cuidadora e um paciente com diagnóstico de esquizofrenia que estava negando-se a utilizar a medicação psicotrópica prescrita. Todavia, o apoio matricial ofertado por profissionais do NASF não deve configurar a porta de entrada do sistema para o usuário, uma vez que atua junto à ESF em demandas específicas, articulando dialogicamente diferentes saberes e recursos e, assim, favorecendo a concretização da clínica ampliada (Ministério da Saúde, 2008). Nesse sentido, a ação da psicologia neste caso, discutindo a necessidade de acompanhamento de pacientes com transtornos mentais, em especial sobre as condutas possíveis na AB, e problematizando concepções equivocadas acerca das doenças ditas psiquiátricas, contribuiu para que a equipe passasse a prestar alguns cuidados de saúde de que o paciente e sua cuidadora necessitavam.

Pode-se inferir que a equipe possui uma visão ultrapassada da atuação da psicologia na saúde, a qual deva se dar junto ao paciente na manutenção de seu papel passivo no tratamento de sua doença. Entretanto, Spink (2013) aponta que, dentre as vertentes de entendimento do processo saúde-doença, atualmente, a psicologia tem abordado esse processo a partir de uma perspectiva construtivista, privilegiando a visão do paciente em vez da do médico ou sistema de saúde. Essa vertente não tem por objetivo lançar leis causais acerca do adoecimento, dado que compreende a doença como fenômeno psicossocial. Portanto, mais do que preocupar-se com a retomada do uso da medicação ou, ainda, conformar-se com a decisão do paciente em cessar o tratamento psicotrópico, é preciso incluí-lo no entendimento do seu processo de saúde-doença, a fim de buscar maior resolubilidade no cuidado. Entretanto, cabe ressaltar que a complexidade desse tipo de atendimento pode gerar sensação de desamparo em profissionais de saúde que não foram teórica e metodologicamente preparados para lidarem com casos desta ordem e, por isso, preferiram delegar exclusivamente à psicologia essas demandas. Portanto, é justamente por isso que se deve buscar a construção conjunta de diagnósticos

e propostas de solução com a equipe de saúde, serviços de saúde, ação intersetorial e com os próprios usuários. Desse modo, a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribuem significativamente para a mudança de cultura e para a adequada manutenção da responsabilidade sobre o sujeito atendido (Ministério da Saúde, 2009).

Somado a isto que se apresenta, o recorte 2 aponta que as articulações intersetoriais resultaram no desenvolvimento de estudos de caso, visitas domiciliares compartilhadas, construção de fluxos de encaminhamento e atendimento a usuários com direitos violados, bem como a pactuação de abordagens no território. A partir do conjunto de ações que foram possíveis desenvolver no território, pode-se perceber que o apoio matricial, aplicado de forma condizente a sua diretriz e não necessariamente em conformidade ao que desejava a equipe inicialmente, possibilitou que o cuidado em saúde, de que os usuários careciam, ocorresse na comunidade, respeitando o princípio de universalização do acesso do SUS (Paim *et al.*, 2014). Além disso, responde à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS no tocante ao plano da saúde coletiva, que prevê ampliar e compartilhar a clínica para construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa e negociada (Ministério da Saúde, 2009), bem como interrompe um circuito de internações e segregações (Lima & Dimenstein, 2016).

O recorte 3, desta categoria A, aponta para um problema que afeta diretamente o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ainda mais àqueles de saúde mental. Percebeu-se que, em regiões geograficamente mais afastadas da UBS, existiam poucas ações de saúde ofertadas para tal população. Diante desta constatação, por meio de constantes diálogos com os profissionais das eSF, sensibilizou-se os profissionais acerca de graves situações recorrentes e, progressivamente, essa população foi incorporada ao acompanhamento longitudinal do território realizado pelas eSF e NASF. Com esta ação da psicologia, pode-se pensar que houve um favorecimento do acesso dos usuários, concretizando não só o princípio de universalização, uma vez que a cobertura dos serviços de saúde passa a alcançar toda a população, mas, também, o da igualdade, respeitando o princípio da equidade, ou seja, corrigindo desigualdades para promover condições igualitárias e da integralidade, contemplando as ações de promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Portanto, o apoio matricial realizado mostra-se em conformidade ao que afirmam Campos e Domitti (2007), visto que age na construção de vínculo entre profissionais e usuários, seguindo uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e o sistema de saúde, superando a lógica de encaminhamento anárquico.

A partir do recorte 4, é apresentada uma tecnologia criada por um grupo de residentes atuante na AB, a qual fora denominada ficha de avaliação multiprofissional. Com este dispositivo, objetivou-se analisar diversos aspectos da vida do usuário e montar um plano de ações, a partir de uma consulta multiprofissional. O texto apontou para a melhora do processo de encaminhamentos, uma vez que a

análise da necessidade de atendimento de especialidades torna-se mais consciente ao utilizar-se um dispositivo de avaliação amplo. Além disso, o recorte 5 se alinha à compreensão de que uma abordagem compartilhada pode favorecer uma ação de saúde mais diversificada, incluindo cuidados com a saúde, quanto a aspectos físicos, mentais e sociais. Tanto Lima e Dimenstein (2016) quanto Eslabão et al. (2019), ao discorrerem sobre as ações de saúde mental na AB, indicam a necessidade de superar a lógica de encaminhamento para que o cuidado seja ofertado em território, ou seja, na própria AB. Desse modo, a ação multidisciplinar e multiprofissional apresentada mostra-se como importante ferramenta de transformação da cultura de encaminhamento a atendimentos ambulatoriais, lançando mão de serviços especializados apenas quando necessário.

Nesse sentido, ainda, Eslabão et al. (2019) defendem que “é preciso um deslocamento dos processos de trabalho em saúde, uma reorganização dos serviços e dos modos de produção do cuidado.” (p.10), que pode ser percebido no recorte 6 desta categoria A. Esse aspecto refere-se a uma ação de escuta da comunidade proposta com um psicólogo residente em uma UBS. A proposta foi de incluir a equipe como um todo na ação, de modo que foram formadas duplas para ficarem responsáveis por abrir a UBS meia hora antes do horário padrão, em cada turno, para ouvir a população, que aguardava por atendimento, acerca desta espera. A partir do que a equipe percebeu da atividade, pôde pensar sobre o seu processo de trabalho, a atenção ofertada à população e suas necessidades. A fim de estreitar a relação entre os componentes aqui expostos, pode-se inferir que, ao incluir os demais membros da equipe na ação, possibilita-se a apropriação destes acerca dos processos de transformação que se façam necessários na assistência.

Extrapolando o espaço da UBS e suas demandas próprias, o recorte 7 revela outros espaços de atuação da psicologia na AB, como no acompanhamento ao pré-natal, discussão de casos de crianças e adolescentes no CRAS, CREAS, CAPS, escolas e projetos sociais, além de visitas domiciliares para orientação de famílias com conflitos. Diante disso, pode-se identificar a contribuição da Psicologia para a mudança da abordagem pautada numa concepção estritamente biológica de saúde. Pode-se pensar, portanto, que estas ações favorecem tal mudança uma vez que abrange a vida do sujeito de forma mais ampliada como componente essencial no processo de saúde-doença (Starfield, 2002). Assim, para além de ampliar a lógica e a oferta de cuidado, é possível incorporar outros agentes na rede de atenção à saúde.

Introduzindo a categoria B de análise desse trabalho, referente às ações da psicologia destinadas aos usuários, destaca-se como primeiro recorte desta categoria o recorte 8, o qual também compôs o conjunto de recortes da categoria A, visto que aborda tanto as ações voltadas à equipe (categoria A) quanto aos usuários (categoria B). Assim sendo, este recorte possibilita identificar que a atuação da psicóloga não se restringiu apenas ao matriciamento com a equipe, mas alcançou diretamente aos usuários com diagnóstico de transtornos psiquiátricos. No caso trazido na reunião de

matriciamento, em que o paciente com transtorno psiquiátrico negava-se a utilizar a medicação sugerida para seu tratamento, havia uma demanda de acompanhamento do núcleo familiar, ou seja, do usuário e de sua mãe, que foi ofertado em domicílio. Pode-se perceber, nesta ação, a aplicação dos CPS, muito estimulados pela conferência de Alma-Ata como essenciais para a efetivação do novo modelo de atenção à saúde, tendo por objetivo geral ampliar o acesso à saúde para todos (Ministérios da Saúde, 2002). Além disso, possibilita a compreensão dos fatores que interferem no processo da saúde na comunidade, como a dinâmica do núcleo familiar, suas relações sociais e modo social de produção, além de outros determinantes sociais (CONASS, 2003).

O recorte 9 refere-se à construção de um espaço coletivo de cuidado: grupos abertos à comunidade. Os grupos desenvolvidos possuíam temáticas típicas do adoecimento físico, como controle do peso, glicemia, entre outros, especialmente no tocante à dificuldade de seguir o tratamento, atribuindo esta dificuldade a aspectos emocionais. Assim, os grupos passaram a ter uma função terapêutica ao possibilitar trabalhar aspectos de estresse, depressão e ansiedade, os quais se relacionam aos problemas de saúde enfrentados. Dessa maneira, tem-se a ampliação da oferta de cuidados, o que pode-se pensar que contribui para a superação da lógica biologicista de apreender o processo de saúde-doença (Spink, 2013), bem como reflete uma atuação que considera a subjetividade como produto oriundo do tecido social e histórico, que é atravessado por uma dinâmica de forças. Inclusive, pensar a produção de subjetividade implica analisar criticamente as formas instituídas, criando espaço de experimentações de movimentos instituintes tal como pode ser percebida a construção desse espaço coletivo de trocas (Sundfeld, 2010).

Pode-se perceber, também, a possibilidade de avançar na oferta de cuidados, indo além do matriciamento com a equipe, através das visitas domiciliares (VD's), que, conforme apresentado no recorte 10, eram frequentes na rotina da residente enquanto atuou na AB. Fora relato que, em alguns casos, as residentes retornavam ao domicílio para fornecer orientações e estabelecer um plano de cuidados e, em outros momentos, os cuidadores/usuários iam até a unidade para conversar com as residentes sobre os casos. É possível conceber que as VD's podem contribuir para que os usuários se apropriem do seu tratamento, compartilhando a responsabilidade pelo cuidado com o sistema de saúde, ao passo que as VD's incorporam a perspectiva do sujeito no entendimento de seu caso como pressupõe a proposta de clínica ampliada. Além disso, possibilita pensar a viabilidade de realizar o projeto da RP ao prestar um cuidado de saúde mental de base comunitária (Sundfeld, 2010). Cabe, ainda, citar o Ministério da Saúde (2009) ao explicar que “no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada” (p.11), o que parece ter sido concretizado na ação da psicologia aqui apresentada, visto que os usuários passaram a engajar-se em seus processos de saúde.

O recorte 11, que aborda as consultas individuais realizadas pela psicologia, indica que a maior parte das queixas de consultas foram designadas como casos subclínicos (pessoas com sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico, com queixas envolvendo sintomas depressivos, ansiosos e somáticos). Inclusive, observou-se que essas demandas, frequentemente, relacionavam-se com as condições de vida da população, marcada por situações de vulnerabilidade social. Neste contexto, muitos atendimentos ocorreram no sentido de prestar acolhimento, ofertando um espaço de escuta qualificada, e os usuários julgaram não mais precisar de ajuda, pois conseguiram aliviar seu sofrimento através da fala. Com este recorte, pode-se identificar a riqueza da contribuição da psicologia na AB no que tange ao acolhimento às demandas ditas psicológicas, àqueles casos que, outrora, seriam encaminhados para a atenção intermediária de atenção à saúde. Nesse sentido, esse tipo de atuação pode favorecer a superação da segregação dos serviços de saúde mental dos serviços de saúde integral na AB, ou seja, esta articulação infere favoravelmente no princípio de integralidade do SUS. Inclusive, parece pertinente inferir que essa ação retoma à AB o papel organizador das demandas de saúde mental no sistema de saúde. Ressalta-se que, atualmente, a eSF é instituída como referência e organizadora de toda a rede de saúde, porém, os CAPS é que se encarregam por ser referência e organizar os serviços de saúde mental (Boing & Crepaldi, 2010).

Com o recorte 12, apresenta-se um dispositivo de acesso à psicologia, o qual fora denominado “grupo de recepção”. Por meio deste, instaurou-se um espaço coletivo, no qual aqueles que manifestassem um pedido de escuta ao psicólogo seriam acolhidos para iniciar o processo de construção de uma demanda de atendimento. A partir disto, uma série de benefícios foram levantados, os quais apresenta-se a seguir.

Observou-se que, ao propiciar que a demanda e a orientação terapêutica fossem construídas conjuntamente, o usuário passou a assumir uma posição ativa na escolha pela permanência no grupo ou por participar de outras atividades de promoção e educação em saúde na unidade ou fora dela. Uma vez que as decisões foram compartilhadas, pôde-se evitar agendamentos desnecessários, aperfeiçoar o aproveitamento da reserva de horas da agenda do psicólogo, tendo em vista a diminuição do absenteísmo, e reduziu-se o tempo de espera para o primeiro atendimento. É possível se pensar que, neste contexto, o grupo de recepção responde àquilo levantado por Sundfeld (2010), referente à necessidade de se produzir formas de subjetivação, a fim de se construir uma nova ética entre os agentes envolvidos no sistema de cuidados, tendo como base a premissa de que os serviços de saúde, por natureza, são um espaço público. Tal movimento carece de uma mudança de atitude dos profissionais e de uma gestão participativa da comunidade, que se pode sugerir possibilitada pelo recorte aqui mencionado. Além disso, revela a possibilidade de qualificar as práticas deste campo na busca da efetivação de direitos, no caso, de saúde mental (Eslabão et al., 2019).

Esse recorte pode ser compreendido como uma possibilidade de um processo de desnaturalização da demanda como sendo de cunho psicológico, permitindo ampliar o potencial do cuidado integral ao não resumir as ações ao recorte da psicologia. Nesse sentido, sugere-se certa similaridade, mesmo que inversa, ao que a Psicologia da Saúde realizava, inicialmente, durante a sua estruturação, visto que as ações partiam de uma demanda de saúde física, a fim de tecer relações com o fator psicológico imbuído na saúde como um todo, superando a dualidade mente-corpo, sem perder o foco na saúde física do sujeito (Ribeiro, 2011). No recorte aqui mencionado, apesar de expandir o cuidado, pressupõe-se que a ação de construção da demanda, partindo da busca pela atenção psicossocial, possa alcançar outras perspectivas acerca do processo de saúde-doença sem perder de vista o motivador da busca por atendimento. A este processo, denota-se duas perspectivas possíveis: a primeira, referente ao que Matarazzo denominou Psicologia Clínica da Saúde, propunha a utilização dos saberes de todos os campos práticos da Psicologia na “promoção e proteção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física” (Ribeiro, 2011, p.33); a segunda, referente ao conceito de Clínica Ampliada, no tocante aos aspectos levantados neste caso, busca integrar diferentes saberes que possibilitem um manejo eficaz de cada caso, de modo que este trabalho se configura, inevitavelmente, como transdisciplinar e, por conseguinte, multiprofissional (Ministério da Saúde, 2009). Somado ao que vem sendo discutido neste parágrafo, aponta-se, também a relação com o recorte 13, apresentando a inserção de uma equipe multiprofissional, formada por residentes, a qual contribuiu para um atendimento mais integral, de modo que se pode pensar que a diversidade proposta por uma equipe de residente contribui para concretização da clínica ampliada, como foi referido acima.

Através do último recorte desta categoria (recorte 14), apresenta-se a oferta do plantão psicológico (PP) como uma alternativa de intervenção. Instaurou-se essa ação em uma UBS após observar-se, como aspecto de não adesão ao tratamento, a dificuldade de locomoção e a falta de tempo disponível devido ao trabalho e outras atividades. Constatou-se que, com esta ação, muitas pessoas passaram a aceitar serem atendidas já que já estavam em atendimento com outros profissionais da UBS, facilitando que não houvesse mais deslocamentos até a unidade. Pode-se perceber, então, a mudança de um atendimento fragmentado para uma assistência terapêutica pautada na responsabilização, vinculação e cuidado ao paciente, ou seja, uma mudança na perspectiva de cuidado, visto que passa de um modo de cuidado pautado pela lógica ambulatorial para um modo de cuidado pautado pela lógica de clínica ampliada. Possivelmente, refletindo os efeitos do processo de desospitalização e extensão dos serviços de saúde mental à rede básica que se deu na década de 80 no Brasil (Spink, 2013). Nesse sentido, o PP parece proporcionar condições de acesso aos usuários aos serviços de saúde mental na AB, ao superar os empecilhos identificados naquela comunidade para a adesão ao tratamento.

Ao realizar os recortes das fontes selecionadas (etapa inicial da análise de conteúdo aqui proposta) para, então, agrupá-los em categorias de análise, observou-se a necessidade de criação de uma terceira categoria, que não diz sobre a constatação da atuação psicológica na AB propriamente, mas de possíveis barreiras à concretização do fazer da psicologia neste campo, bem como ao acesso dos usuários aos serviços de saúde mental. Tais barreiras incluem desde a cultura da população referente ao tratamento até políticas públicas, gestão de unidades e equipes, formação profissional, entre outras questões que serão apresentadas a seguir. Ressalta-se, ainda, que foram identificados outros aspectos nos recortes que caracterizam barreiras ao acesso dos usuários, como o fato de profissionais negarem atendimento a usuários com transtorno mental diagnosticado, devido à falta de conhecimento específico e estigmas desta população ou em casos de pacientes que residem demasiado afastados das unidades e não eram contemplados pelos serviços de base comunitária, que passaram a ser incluídos em toda a gama de serviços. Porém, estes aspectos já foram apresentados anteriormente, junto às ações propostas pela psicologia, diferentemente dos recortes da categoria C, em que não foram identificadas intervenções da psicologia que buscassem pela superação de tais barreiras.

Desse modo, o recorte 15 aponta para a falta de clareza, aos profissionais, acerca do que pode e deve ser feito no campo psicológico, no tocante à assistência à saúde da população. Há dois aspectos nesse recorte que merecem maior atenção. Primeiramente, pode-se pensar que a perspectiva sobre o fazer da psicologia aqui apresentada remete a uma visão segregada dessa atuação no campo da saúde como se essa não compusesse o campo em si da saúde de forma integrada a todos os outros saberes desse campo. Neste caso, refere-se ao campo psicológico como sendo um campo à parte daquele da saúde integral, do qual todos os agentes de saúde apropriam-se e ditam o seu fazer profissional. Este processo de segregação parece dizer sobre a dualidade mente e corpo no processo de adoecimento que, inicialmente, separava a Psicologia da Saúde da Psicologia Clínica, apesar de, hoje, essa dualidade não ser mais aceita teoricamente, visto que entende-se a psicologia como uma profissão de saúde e não um campo à parte. Cabe mencionar, ainda, que após o relatório de Lalonde (1974), propôs-se a distinção de campo da saúde e cuidados de saúde, sendo este primeiro o conjunto de ações e serviços de saúde e este segundo sendo o que, de fato é realizado nos espaços de saúde, como o tratamento proposto (Ribeiro, 2011). Segundamente, referente à assistência de saúde, a falta de clareza acerca do que se pode e deve ser feito parece coerente com o fato de que a RP encontra-se em implantação no Brasil, o que reforça a necessidade de avaliação e busca por qualificação dos serviços de saúde mental na AB (Eslabão et al., 2019). Além destes, outros autores discorrem a respeito, gerando certa concordância de que a RP, no Brasil, carece de avanços a favorecer um cuidado integral ao usuário, uma vez que o contexto da AB apresenta uma série de impasses na efetivação dos cuidados em saúde mental (Eslabão et al., 2019; Moro, Ferreira & Rocha, 2020).

Identificou-se como uma barreira ao trabalho da psicologia na AB o pouco conhecimento de profissionais sobre a população de sua abrangência (recorte 16), uma vez que não possuem uma unidade de saúde específica para atuar. Este fato representa um limitador, visto que a proposta de clínica ampliada, em conformidade com a RP, prevê que o cuidado em saúde mental seja ofertado no território em que vive o sujeito, o que promove uma nova concepção sobre o próprio território. Este, portanto, não deve ser percebido de forma limitada à ideia de espaço geográfico, mas ampliada para a concepção de um espaço de construção de subjetividade humana, de relações afetivas, relações de pertencimento. Assim, o planejamento das estratégias e políticas públicas deve contemplar a dinâmica que compõe o território e buscar uma prática intersetorial para atender à complexidade desse campo em direção à promoção de saúde (Sundfeld, 2010).

Nesse contexto, profissionais do NASF apontam para “dificuldades com a atuação no PSF, pois o trabalho em equipe multiprofissional, voltado à comunidade, exige um modelo de referencial teórico e metodológico que a maioria não recebeu em sua formação acadêmica”. Este trecho apresentado, referente ao recorte 17, denota aquilo que Spink identificou como sendo os problemas de base acerca da psicologia no campo da saúde, sendo estes: o problema da formação com o predomínio do modelo psicodinâmico e ausência das temáticas acerca da saúde pública; da visão de sujeito como um ser abstrato e a-histórico, desvinculado de seu contexto social; da hegemonia do modelo médico, em vez da utilização de paradigmas verdadeiramente psicológicos no estudo do processo de saúde-doença (Spink, 2013). Pode-se inferir que a superação desses problemas apontados contribuiria para a capacitação de profissionais do NASF no atendimento de base comunitária. Além disso, cabe ressaltar o fato de que a proposta de clínica ampliada, do NASF e das próprias eSF, que prevêem um atendimento multidisciplinar e multiprofissional, tiveram seus documentos oficiais publicados nos anos de 2009, 2008 e 2006 respectivamente, de modo que parece não terem sido satisfatoriamente incluídas no plano de formação das áreas profissionais que compõem a AB.

A falta de participação de profissionais da psicologia em ações mais abrangentes, como visitas domiciliares e reuniões comunitárias, compõe uma possível barreira na oferta de serviços de saúde mental de base comunitária. O recorte 18, realizado em um estudo qualitativo com profissionais atuantes na AB, aponta como justificativa para a falta de participação como sendo a falta de tempo dos profissionais, de modo que é possível refletir sobre a sobrecarga de trabalho desses profissionais, bem como sugere o recorte 21. Este último revela que as equipes do NASF vivenciam situações opostas ao proposto pela portaria nº 3.124, que estabelece um máximo de nove equipes por NASF. Um contexto de sobrecarga pode ser percebido, ao passo que uma equipe de NASF possui cerca de 15 a 16 eSF para matricular, sendo que as próprias eSF estão extrapolando a capacidade de atendimento, chegando a duplicá-la. Visto este cenário, é possível sugerir que ocorra má gestão e subfinanciamento dos serviços de saúde na AB. Referente à gestão dos serviços, Teixeira et al. (2014)

revelam a vulnerabilidade do sistema às mudanças de governos, gestores e partidos, o que promove descontinuidades de iniciativas, visto a rotatividade de equipes, aumento da burocracia e até intercorrências motivadas por diferenças ideológicas, falta de preparo de novos dirigentes ou má intenção política destes. Já no tocante ao subfinanciamento, estima-se que 20% dos recursos financeiros para a saúde são destinados ao pagamento de impostos à União, demarcando a falta de prioridade das políticas de saúde para os gastos públicos.

Inclusive, o recorte 22 aponta para o excesso de demandas para eSF, gerando indisponibilidade para o trabalho conjunto, o que pode estar refletindo a gestão de recursos públicos atual, marcado pela vulnerabilidade da gestão e falta de financiamento. Somado a isto, o recorte 24 destaca as dificuldades das eSF em entender o que é matriciamento, o que acarreta em resistências para consultas conjuntas ou apoio matricial. A despeito disso, pode-se pensar acerca do que discutem Böing e Crepaldi (2010), que a atuação do NASF, ao assumir característica de especialidade, correspondente ao nível secundário de saúde, contribui para limitações no seu trabalho quanto ao tempo e contato com a comunidade e eSF, comprometendo o processo de vinculação e efetivação de ações. Ademais, cabe pensar sobre o problema de formação já mencionado, que ao não ser superado, contribui para a manutenção de um modelo de cuidado curativo, pautado por ações dissociadas de saúde (Böing & Crepaldi, 2010).

Contudo, parece pertinente apresentar a identificação de um possível contexto circular e perpetuador de limitações no fazer profissional, que, conseqüentemente, gera barreiras aos acesso dos usuários aos serviços de saúde mental na AB. Esse contexto pode ser entendido como composto pela falta de formação adequada e má gestão de recursos, que gera resistência ao trabalho conjunto e atendimento aos usuários e sobrecarga de demanda (portanto, de trabalho) ora em profissionais da eSF ora em profissionais do NASF, como já apresentado anteriormente.

O recorte 19 acrescenta a essa categoria o problema do não fomento da presença da psicologia no nível primário, visto que “ psicólogo brasileiro, hoje, está previsto como integrante de equipes de CAPS, de NASF, de Consultórios na Rua ou outros equipamentos de nível secundário das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)” (Medeiros, 2020, p.7). Com o processo da RP, criou-se serviços substitutivos para ofertar atendimento a pacientes com transtornos graves e persistentes e em situações de abuso de drogas, porém, pacientes menos graves (mais prevalentes) ficaram sob a responsabilidade de cuidado da equipe mínima de eSF (Medeiros, 2020). Mostra-se importante salientar que a Portaria nº 154, que dá respaldo à criação do NASF, prevê a presença de pelo menos um profissional de saúde mental neste coletivo, porém, não institui presença obrigatória de profissionais da psicologia (Ministério da Saúde, 2008). Desse modo, pode-se sugerir que, apesar da saúde mental compor um dos nós-críticos da AB, a psicologia está, de alguma forma, afastada desse

cenário, em especial, devido à discrepância entre as demandas da AB, que se mostram altas, e a estrutura das políticas de saúde atuais (Böing, Crepaldi & Moré, 2009).

Por fim, o recorte 20 revela que os usuários tendem a só buscar as unidades de saúde quando estão com algum sintoma grave e/ou físico, o que parece esperado diante do que vem se percebendo a respeito da perspectiva de saúde adotada pelos próprios profissionais de saúde e políticas públicas, ou seja, uma perspectiva própria do modelo médico, com foco em busca direta por especialista, o que compromete a qualidade da atenção na AB (CONASS, 2013). Tal inferência sugere relação com o que fora exposto anteriormente acerca da sobrecarga das eSF e profissionais do NASF, que acaba por comprometer o matriciamento. Assim, não há um campo de atuação da psicologia em que se possa realizar práticas efetivas focadas em promoção e proteção de saúde, de modo que o trabalho esteja dedicado a demandas curativas (Böing, Crepaldi & Moré, 2009).

Entretanto, parece possível alcançar um modelo de atuação na direção da promoção de saúde ao passo que se busca compreender a dinâmica que compõe o território em que se atua, aliando tal entendimento a práticas intersetoriais, ou seja, inserindo-se verdadeiramente na comunidade e compartilhando a responsabilidade (Sundfeld, 2010). Nesse sentido, mostra-se importante a transposição da lógica construtivista neste contexto, visto que contribui para a diminuição da distância social, favorecendo a compreensão e intervenção no processo de saúde-doença que considere visão de mundo do sujeito, que, por sua vez, contribui para uma atuação da psicologia compatível com os objetivos do atendimento do nível primário (Spink, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo geral do presente trabalho, percebe-se que foi possível identificar possíveis contribuições da atuação psicológica para o favorecimento do acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde mental na Atenção Básica, de modo que se entende que este objetivo foi atingido satisfatoriamente. Além disso, foram contemplados os objetivos específicos de definir Atenção Básica; caracterizar a Psicologia, atuando no campo da Saúde; apresentar a atuação da Psicologia na Atenção Básica, os quais contribuíram, significativamente, tanto para a identificação de ações da psicologia que contribuíssem para o objetivo geral, como para ampliar o entendimento sobre o contexto dos serviços de saúde mental no nível primário à saúde (pública), bem como fornecer embasamento teórico científico para a construção de análise de conteúdo realizada. Entende-se que a escolha de artigos científicos, especialmente de relatos de experiência, forneceram as informações necessárias para compreender o campo atual da prática psicológica, as limitações deste e possibilidades de atuação que atendam às demandas da população que compreende a AB.

Assim, reafirma-se que as práticas, reflexões e instrumentos apresentados neste trabalho, como os grupos nas comunidades, o trabalho intersetorial, o matriciamento, o PTS, o conceito de Clínica Ampliada, entre outros, mostram-se, até então, como resolutivos no âmbito da atenção e gestão de serviços e redes de saúde (Ministério da Saúde, 2009). Nesse sentido, reforça-se o potencial da APS como um modelo mais acessível do que o de subespecialidade (Starfield, 2002). Nesse sentido, destaca-se o potencial do apoio matricial como importante promotor de transformações no manejo da demanda, possibilitando que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, a promoção da saúde e reabilitação psicossocial aconteçam a partir da APS ao passo que desenvolve, na eSF, a capacidade de manejar o sofrimento psíquico e a integra à rede de assistência (Ministério da Saúde, 2010).

Identificou-se uma série de possibilidades de manejo com a equipe multiprofissional que compõe a AB, no sentido de favorecer uma lógica de cuidado integral, ampliada e que possibilite o acolhimento efetivo dos usuários nos serviços de saúde mental. Para além disso, foi possível identificar como unânime o desconhecimento sobre o real papel da psicologia na AB, de modo que, em algum momento, todos os profissionais deste campo revelam esta falta de conhecimento, o que, por conseguinte, inviabiliza uma prática pautada pela resolubilidade. Inclusive, Spink (2013) aponta para o problema da formação como sendo um dos problema base da área da saúde, no tange à inserção da psicologia, revelando problemas na formação básica de profissionais da área, até à formação continuada, responsável pela capacitação de tais profissionais, sendo esta pouco desenvolvida ou com atravessamos ideológicos que comprometem a prática de uma clínica ampliada, compartilhada e construtivista. Entretanto, verificou-se que, ao compreender o território de atuação e a perspectiva de saúde dos demais profissionais, compartilhar o cuidado e estar atenta à garantia de direito dos

usuários, a psicologia pode contribuir para o desenvolvimento técnico e teórico da equipe profissional, bem como auxiliar no aprimoramento da AB.

Constatou-se, também, que as ações da psicologia, na relação direta com os usuários, contribuem significativamente para a concretização de uma atenção integral à saúde, que se objetiva alcançar na AB, porém, encontra limitação ao segregar a saúde mental da saúde física na gestão das práticas e serviços ofertados em saúde. Portanto, contribuem para a efetivação do serviço de saúde pautada pelos princípios de integralidade, universalidade e igualdade -que requer equidade- do SUS. Além disso, mostrou-se possível, apesar de todos os desafios do campo, o desenvolvimento de práticas efetivas, focadas em promoção e proteção de saúde, superando o modo de trabalho dedicado à práticas curativas (Böing e Crepaldi, 2010).

Aponta-se para necessidade de aprimoramento da capacitação profissional acerca do tema saúde mental, buscando não só o desenvolvimento tecnocientífico, mas ofertando cuidados necessários em saúde mental a esses profissionais para superar as dificuldades desse modo de trabalho, que parte da complexidade e da escuta aberta aos sujeitos, comunidade e contextos. Para tanto, parece pertinente o estímulo de técnicas relacionais que favoreçam a escuta de si e do outro e de lidar com a diversidade que compõe o todo deste campo de trabalho, o que pode ser beneficiado a partir das discussões de caso na rede de atenção, bem como em formação específica. Inclusive, tendo em vista a ampliação do objeto de trabalho dos profissionais de saúde, entende-se por necessário o estabelecimento de instrumentos de suporte a estes, enfrentando-se, primeiramente, o ideal de neutralidade que indica a presença de um interdito aos profissionais em relação à própria subjetividade (Ministério da Saúde, 2009).

Ademais, a gestão em saúde carece de manutenção, a fim de dar conta das demandas da AB, respeitando a capacidade de trabalho das eSF e NASF. Para que isso seja possível, é fundamental a revisão do financiamento em saúde, o que representa uma abertura para novos estudos e ações, não só da Psicologia, mas, também, desta. No sentido de estudos futuros, mostra-se igualmente pertinente a realização de uma revisão da formação acadêmica e profissional ofertada no país, visto que diversas(os) autoras(es) apontam a formação acadêmica da psicologia como um dos maiores desafios a serem superados para que se possa alcançar melhorias significativas no contexto atual da saúde mental junto à atenção básica. Demarca-se, sobretudo, uma formação apolítica, que carece desenvolver a temática de políticas públicas em seu currículo para formar pessoas conscientes de seu papel nesse contexto e capacitados para desenvolver práticas efetivas (Spink, 2013; Fermino, 2009; Dimenstein, 1998; Böing & Crepaldi, 2010.)

Destaca-se, por fim, que o panorama atual para a AB, no que tange à gestão pública, suscita preocupação em vista da aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica. Esta tem gerado polêmica devido à possibilidade de enfraquecimento da Estratégia Saúde da Família ao passo que

fornece liberdade à gestão municipal em gerir suas equipes de acordo com as especificidades e necessidades locais. Ao que parece, as discussões têm-se centrado nas condições de oferta de cuidado a populações mais vulneráveis, como em áreas rurais, região amazônica, grandes centros urbanos etc. Em virtude do que se apresenta, evidencia-se a necessidade de aprofundar o entendimento disto, acerca dos riscos e oportunidades, o que pode vir a compor estudos futuros (www.conass.org.br/consensus/o-que-muda-com-reformulacao-da-politica-nacional-de-atencao-basica).

REFERÊNCIAS

- Boing, E., Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2009). A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (4), 828-845.
- 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.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Brasil. Câmara dos deputados. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DOU.
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia de saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (3), 48-57.
- Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Chazan, L. F., Fortes S., Jr Camargo, K. R. & Freitas, G. C. (2019). O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), 1-20. DOI: 10.1590/S0103-73312019290212
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética do profissional psicólogo*. Brasília: Author.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde*. Brasília: Author.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília: Senado.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003). *Para Entender a Gestão do SUS*. Brasília, DF:

Ministério da Saúde. Acesso em 19 de outubro de 2020 de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.

- Creswell, J. W. (2014). Pressupostos Filosóficos e Estruturas Interpretativas. In Creswell, J. W. (Ed.) *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. (3a. ed.; S. M. da Rosa, Trad.), (pp. 24-43). São Paulo: Penso. (Trabalho original publicado em 2013)
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissional. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81
- Eslabão, A. D., Santos, E. O., Santos, V. C. F., Rigatti, R., Mello, R. M. & Schneider, J. F. (2019). Saúde mental na estratégia saúde da família: Caminhos para uma assistência integral em saúde. *Journal of Nursing and Health*, 9(1), 1-23. doi:10.15210/JONAH.V9I1.11106
- Fermino, J. M., Patrício, Z. M., Krawulski, E., & Sisson, M. C. (2009). Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. *Aletheia*, (30), 113-128. Acesso em 16 de fevereiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&tlng=pt.
- Gonçalves, L. O., Farinha, M. G., & Goto, Tommy, A. (2016). Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 22(2), 225-232. Acesso em 02 de março de 2021 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000200015&lng=pt&tlng=pt.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Laville, C. & Dionne, J. A. (1999). *Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Leal, E. M. & Delgado, P. G. G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. Gomes, R. A. de Mattos (Orgs),

Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos (pp. 137-154). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO

Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 625-635. doi:10.1590/1807-57622015.0389

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *The American psychologist*, 37(1), 1-14.

Medeiros, R. H. A. (2020). Psicologia, saúde e território: experiências na atenção básica. *Psicologia Em Estudo*, 25, 1-11. DOI: 10.4025/psicoestud.v25i0.43725

Mesquita, D. T., Perucchi, J., & Mattos J. (2017). Psicologia e trabalho interdisciplinar na Atenção Primária: um relato de experiência. *Revista da SBPH*, 20(2), 153-165. Acesso em 08 de junho de 2021 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200010&lng=pt&tlng=pt.

Ministério da Saúde. (1986a). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde [Resumo]. In Ministério da Saúde, *Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde* (p. 430). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (1986b). Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (1999). Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde. Acesso em 20 de outubro de 2020 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf.

Ministério da Saúde. (2002). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2005). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acesso em 20 de março de 2021 de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Ministério da Saúde. (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, DF: DOU.

Ministério da Saúde. (2009). Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acesso em 24 de março de 2021 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

Ministério da Saúde. (2010). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde.

Moro, L. M., Ferreira, G. S. & Rocha, K. B. (2020). Saúde Mental na Atenção Básica: Análise das Práticas de Apoio Matricial na Perspectiva de Profissionais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 02. doi:10.12957/epp.2020.52563

Périssé, P. M. (1985). Psicologia da saúde: novos horizontes para a pesquisa e prática psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 37(3), 112-121.

Ribeiro, L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. In Alves, R. F. (Org.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 23-64). Campina Grande: EDUEPB.

Rosa, N. B., & Silva-Roosli, A. C. B. (2019). A psicologia na atenção básica: possibilidades de intervenção na promoção e prevenção à saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 99-114. DOI: 10.20435/pssa.v11i2.654

Rotelli, F. A. (1990). Instituição inventada. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC.

Spink, M. J. P. (2013). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saber e sentidos* (9a. ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde. Acesso em 19 de outubro de 2020 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

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.

Teixeira, F. T., Souza, L. E. P. F. & Paim, J. S. (2014). Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In Paim, J. S., Almeida-filho, N. (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática* (pp. 121-137). Rio de Janeiro: MedBook.