

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ÁLLEX DE SOUZA RAMOS DAMASCENO

**DESAFIOS NA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA  
À SAÚDE**

GOIÂNIA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### 1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): ALLEX DE SOUZA RAMOS DAMASCENO

Título do trabalho: DESAFIOS NA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

### 2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [ X ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

#### Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

**Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Renata Leite Soares, Professor do Magistério Superior**, em 16/06/2021, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ÁLLEX DE SOUZA RAMOS DAMASCENO, Discente**, em 16/06/2021, às 18:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Naraiana De Oliveira Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 01/07/2021, às 09:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](#), informando o código verificador **2138618** e o código CRC **BF37B991**.

---

ÁLEX DE SOUZA RAMOS DAMASCENO

**DESAFIOS NA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA  
À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentando ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Leite Soares

GOIÂNIA

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Damasceno, Álex de Souza Ramos  
Desafios na Atuação da Psicologia na Atenção Básica à Saúde  
[manuscrito] / Álex de Souza Ramos Damasceno. - 2021.  
58 f.

Orientador: Profa. Dra. Renata Leite Soares.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade  
Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia,  
2021.

Inclui siglas.

1. atenção básica. 2. atuação do psicólogo. 3. psicologia. 4. saúde pública. I. Soares, Renata Leite, orient. II. Título.

CDU 159.9

## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos dez dias do mês de junho do ano de 2021 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado "DESAFIOS NA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE", de autoria de ÁLLEX DE SOUZA RAMOS DAMASCENO, do curso de Psicologia, da Faculdade de Educação da UFG. Os trabalhos foram instalados pela orientadora Dra. Renata Leite Soares FE/UFG com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Dra Naraiana de Oliveira Tavares - FE/UFG. Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0 (dez), tendo sido o TCC considerado aprovado.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Leite Soares, Professor do Magistério Superior**, em 23/06/2021, às 19:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ÁLLEX DE SOUZA RAMOS DAMASCENO, Discente**, em 24/06/2021, às 07:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Naraiana De Oliveira Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 01/07/2021, às 09:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2159572** e o código CRC **7A4697BF**.

## AGRADECIMENTOS

Querido (a) leitor (a), imagino que fazer o trabalho de conclusão de curso seja, por si só, um processo exaustivo. Fazê-lo, no entanto, em uma pandemia longe de grande parte da minha rede de apoio foi, na maior parte dos dias, desesperador. Esse percurso só foi possível com a presença de algumas pessoas que destacarei adiante, poucas com quem pude abraçar e ter perto, mas muitas que sempre estavam disponíveis via vídeo chamada ou mensagens. Todas foram, de alguma maneira, fonte de alívio, risadas, incentivo e conforto.

De início, agradeço à minha mãe, Maria Alice, por ter sempre confiado nas minhas decisões, me incentivado a valorizar os estudos e me dado as bases necessárias para que conseguisse entrar em uma universidade federal. Obrigada por ter sido sempre exemplo de força e cuidado. E agora que está isolada no seu quarto se recuperando dessa doença, forças que estou daqui te cuidando! Obrigada também à minha segunda mãe, vó Eva Maria, por ser sempre um cantinho de paz na minha vida. Estou com saudades!

Obrigada à todos da turma 11, cada um com seu jeitinho tornou essa turma inesquecível. É muito bom olhar pra trás e ver que soubemos aproveitar cada etapa da formação com muita intensidade. Cada momento com vocês, dentro e fora de sala de aula, foram essenciais pra minha formação.

Agradeço à Larissa Gandora, Haney Silva, Vitória Ramalho e Rebeca Maria. Não imagino como seriam esses anos sem vocês sempre por perto. Todas as loucuras, viagens e desafios que passamos nessa graduação só valeram a pena porque vocês estavam ao meu lado me fazendo crescer. Vocês me ensinaram a vivenciar o curso e a universidade, a questionar e a lutar intensamente por aquilo que acredito. Ainda teremos longas aventuras pela frente.

Um agradecimento especial à Jessyca Cristina e Carla Ramirez. Obrigada pelos reforços diários, pelos incentivos e por sempre estarem presentes. Mais do que tudo, obrigada por me fazerem cuidar de mim nesse percurso tão trabalhoso. Vocês salvaram e continuam salvando meus dias.

À Luísa Jacques, obrigada pelos abraços à distância.

À Vitória Melo, Camilla Angélica e Marina Guedes, minhas amigas de ensino médio, obrigada por me fazerem crescer todos os dias. Quem eu sou hoje é resultado de todos os abraços, esporros e risadas que compartilhamos.

À Luddmila Almeida, obrigada por sempre me ensinar algo e por acreditar tanto em mim. Saudade das nossas conversas que nunca tinham fim e sempre terminavam em choros e abraços.

Obrigada também à Natyelly Vidiz pelo apoio diário e por me dar tanta força nos momentos difíceis. Aprendemos muito uma com a outra e isso é maravilhoso, gosto de nos ver crescendo juntas.

Agradeço à Isabella Cristina por ser um cantinho de segurança. Você mais do que ninguém aguentou todo o sofrimento e soube ouvir e comemorar todas as conquistas nesse último ano. Obrigada por me fazer respirar.

À Naraiana Tavares, um obrigada especial por ter contribuído em toda a minha jornada acadêmica. Você me mostrou uma psicologia que até então era desconhecida pra mim e que eu defenderei até o fim. Obrigada pelos ensinamentos diários.

Por fim, obrigada à professora Renata Leite por toda orientação e paciência.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar os desafios que distanciam e aproximam o campo da Psicologia do nível de atenção básica em saúde, apresentando a importância do psicólogo nesse espaço, tanto durante quanto após sua formação. Para isso, o trabalho foi dividido em três capítulos: o primeiro apresenta as mudanças na concepção de saúde e os elementos históricos e sociais de incorporação da Psicologia na área da saúde; o segundo apresenta as contradições teóricas e práticas que envolvem a constituição da Psicologia como ciência e os desafios desse processo histórico para a atuação profissional no nível primário; por fim, no último capítulo são apresentados os dados obtidos a partir da análise de seis artigos selecionados no portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) com os descritores “atuação do psicólogo”, “atenção básica” e “atenção primária” entre os anos de 2015 e 2020. Os resultados permitem observar que os profissionais ainda priorizam o atendimento clínico e individual e que embora a formação englobe novas áreas de atuação, a saúde pública é pouco contemplada. Observa-se também que as políticas neoliberais vem crescendo nos últimos anos, resultando no desmonte de políticas públicas que garantiam a participação do psicólogo na atenção básica. Por fim, torna-se urgente analisar as contradições postas na própria constituição da psicologia que ainda se fazem presentes e influenciam a atuação desse profissional nos tempos atuais e repensar o papel do psicólogo e o seu compromisso social.

Palavras-chave: atenção básica, atuação do psicólogo, psicologia, saúde pública.

## ABSTRACT

This work aimed to analyze the challenges that distance and bring the field of Psychology closer to the level of primary health care, presenting the importance of the psychologist in this space, both during and after his training. In order to aim this goal, the work was divided into three chapters: the first presents the changes in the conception of health, the historical and social elements of incorporation of Psychology in health area; the second presents the theoretical, and practical contradictions involving the constitution of Psychology being a science in addition, the challenges of this historical process for professional performance at the primary level; finally, the last chapter presents the data obtained from the analysis of six articles selected on the CAPES portal (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel) with the descriptors "psychologist's performance", "primary health care" , and "primary health care" between 2015 and 2020. The results showed professionals continuing prioritizing clinical, and individual care although training encompasses new areas of activity, public health is scarcely contemplated. It is also observed that neoliberal policies have been growing in recent years, resulting in the dismantling of public policies which guarantee the participation of the psychologist in primary care. Finally, it is urgent to analyze the contradictions that presently persist within the constitution of psychology and influence the performance of these professionals in current times, in order to rethink the role of the psychologist and its social commitment.

Key-Words: primary health care, psychology performance, psychology, public health care.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CnR	Consultório na Rua
ESF	Equipe De Saúde Da Família
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PST	Projeto de Saúde no Território
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEASI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
Introdução e Justificativa .....	13
Objetivos .....	15
Objetivo Geral.....	15
Objetivos Específicos.....	15
1 A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	16
1.1 As mudanças no sistema de saúde no Brasil .....	16
1.2 A entrada do psicólogo na Atenção Básica à Saúde .....	20
1.3 A atuação da Psicologia na Atenção Básica à Saúde .....	26
2 A CONSTITUIÇÃO DA PSICOLOGIA .....	30
2.1 As contradições no desenvolvimento da Psicologia .....	30
2.2 A formação do psicólogo para a atuação em saúde .....	36
2.3 O compromisso ético e social da Psicologia .....	40
3 OS PRINCIPAIS DESAFIOS NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ARTIGOS.....	43
3.1 Procedimentos .....	43
3.1.1 Fontes .....	43
3.1.2 Coleta de dados e Análise e Interpretação dos Resultados .....	44
3.2 Discussão dos Resultados .....	45
3.2.1 Desafios referentes ao subfinanciamento do SUS e da Atenção Básica .....	46
3.2.2 Desafios referentes à atuação de psicólogos da Atenção Básica .....	48
3.3.3 Desafios referentes à formação .....	49
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	54

## INTRODUÇÃO

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

Lei 8.080

### Introdução e Justificativa

No Brasil, o estudo da saúde é atrelado ao desenvolvimento da medicina como ciência (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001) e, como consequência, conforme o conhecimento médico se desenvolvia fortemente durante os séculos XVIII e XIX junto a crença da divisão cartesiana do corpo e mente como entidades separadas, fortalecia o modelo biomédico e a defesa do orgânico em detrimento do social e do psicológico. Este modelo reducionista torna-se hegemônico nas práticas em saúde e é associado ao pensamento liberal de crença no livre arbítrio do sujeito, desresponsabilizando o Estado pela garantia de saúde e bem estar dos indivíduos (ZURBA, 2012).

É nesse contexto que a produção do saber psicológico é construída no Brasil, inspirado na psicologia europeia. Devido à grande influência do liberalismo e do positivismo, esse processo, segundo Figueiredo (2010), é marcado pela seguinte contradição: de um lado, a influência da ciência moderna, que compreende os indivíduos como sujeitos livres e diferenciados; do outro, a necessidade de conhecer e dominar as subjetividades individuais, encaixando-as em eixos comuns em busca de uma objetividade científica. Consequentemente, surge uma psicologia que busca compreender a realidade através de manifestações principalmente biológicas e que é utilizada, em muitos casos, como instrumento de controle pela classe dominante.

Seguindo os critérios científicos e se afastando do campo filosófico, a psicologia se consolida como campo de profissão no Brasil em 1962 através da Lei 4.119 prestando serviços privados de atendimento psicológico e, apenas vinte anos depois, segundo Zurba (2012), converge para o campo da saúde pública. Esse processo foi resultado principalmente das transformações ocasionadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que defendia um modelo de saúde oposto ao biomédico. Trabalhadores de diferentes serviços em saúde em conjunto com usuários e seus parentes lutavam por políticas públicas que valorizassem o cuidado humanizado, não segregador e que levassem em consideração os aspectos biopsicossociais de cada indivíduo (SCHNEIDER, 2015). A Reforma Psiquiátrica criticava a prática psiquiatrizante

hegemônica em uma época em que predominava o modelo hospitalocêntrico, prestado principalmente pelos hospitais privados, e defendia a criação de serviços substitutivos à internação compulsória formados por equipes multiprofissionais, uma vez que se passou a compreender que o cuidado médico não abarcava todas as necessidades dos indivíduos. Esse movimento, conforme apresenta Zurba (2012), em conjunto com Reforma Sanitária, objetivava a construção de um novo modelo assistencial que possibilitasse o acesso de toda a população brasileira aos serviços de saúde.

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei 8. 080 (BRASIL, 1990) defende-se uma saúde universal, integral e equânime. Dessa forma, os serviços passam a ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos com conhecimento e participação da população a ser atendida. Uma das políticas públicas para o fortalecimento de uma prática descentralizada, foi a divisão dos serviços ofertados pelo SUS em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), que constitui um conjunto de unidades, funções e atendimentos específicos de acordo com complexidade requerida no caso. Nesse sentido, esta portaria atribui à Atenção Básica (AB), porta de entrada para os serviços de saúde no país, que encaminhem os casos mais complexos para os níveis de média e alta complexidade.

Dimenstein (2001) apresenta que uma das mudanças necessárias para consolidação desse modelo é o compromisso dos profissionais em alterar a prática hegemônica em saúde pautada em ações curativistas e normatizantes. Dessa forma, os psicólogos deparam-se, a partir das transformações sociais que ocorriam e as novas concepções de saúde, com a necessidade de defesa e sustentação de uma prática diferente da que era executada até então (ZURBA, 2012), priorizando o atendimento em grupo e no território dos usuários.

Uma vez que o profissional da psicologia não faz parte das equipes previstas para a atenção básica e nem da equipe mínima exigida nas diretrizes da Estratégia da Saúde da Família, a contribuição do psicólogo nesse nível de atenção ocorreu principalmente por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, criados em 2008 e organizados em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2008). No entanto, a presença desses profissionais nesse nível de atenção encontra dificuldades de consolidação que, muitas vezes, resultam no não reconhecimento da Psicologia como área de conhecimento com um compromisso social e importante para a formação dos indivíduos (DIMENSTEIN, 2001).

O presente trabalho tem como intuito aprofundar a pesquisa nos desafios que são postos entre a atuação do psicólogo e a Atenção Básica, compreender como eles se constituíram e qual o papel da Psicologia diante destes. Esta discussão mostra-se relevante uma vez que a prática

do psicólogo dentro do SUS e, especialmente, dentro da Atenção Básica à Saúde, ainda se mostra cheia de desafios. Observa-se que essa inserção ocorreu a partir das influências históricas do movimento de redemocratização, mas sem uma discussão a respeito da prática psicológica no campo da saúde pública, resultando em uma falta de clareza sobre o papel desempenhado por esse profissional, sua função e seu compromisso social (BOING; CREPALDI, 2010). Para isso, apresenta-se no primeiro capítulo as mudanças na concepção de saúde e os elementos históricos e sociais de incorporação da Psicologia na área da saúde e, posteriormente, na atenção básica. No segundo capítulo, apresenta-se as contradições teóricas e práticas que envolvem a constituição da Psicologia como ciência e os desafios desse processo histórico para a atuação profissional no nível básico. E no último capítulo, por fim, apresentam-se os dados obtidos a partir da análise de seis artigos e discutem-se estes resultados com os respaldos teóricos anteriormente citados, analisando, assim, os desafios que distanciam e aproximam o campo da Psicologia do nível básico em saúde, apresentando a importância do psicólogo nesse espaço, tanto durante quanto após a sua formação.

## **Objetivos**

### Objetivo Geral

O objetivo da pesquisa é analisar os desafios que distanciam e aproximam o campo da Psicologia do nível de atenção básica em saúde, apresentando a importância do psicólogo nesse espaço, tanto durante quanto após sua formação.

### Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste projeto de pesquisa:

- investigar como ocorre o trabalho do psicólogo na atenção básica à saúde;
- identificar se há e quais são os desafios colocados à essa prática profissional;
- investigar como a formação em psicologia interfere na atuação psicológica nesse nível de atenção.

## **1 A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

O processo saúde-doença é dinâmico e engloba aspectos biológicos, sociais, psicológicos, econômicos, ambientais e políticos. Sendo assim, a saúde, a doença e o cuidado são determinados socialmente, de acordo com o contexto histórico e cultural de cada época e lugar. Nesse capítulo busca-se compreender esse processo, apresentando o percurso de construção do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica, a entrada do psicólogo na saúde pública e a atuação desses profissionais nesse campo, que ainda se mostra cheio de desafios a serem enfrentados.

### **1.1 As mudanças no sistema de saúde no Brasil**

O sistema de saúde no Brasil, desde a criação da previdência social enquanto medida de acesso à assistência à saúde, foi dividido em duas esferas: uma pública, com campanhas sanitaristas visando a diminuição das epidemias e a urbanização dos centros urbanos, e uma privada, de caráter curativista limitada às classes dominantes (AGUIAR, 2015). Essa divisão acentua-se no período da Era Vargas e durante a Ditadura Militar com o aumento da mercantilização da saúde, a priorização da assistência médica individual, a privatização dos serviços de saúde e o desenvolvimento de atividades hospitalares.

Resultado deste processo e do grande desenvolvimento médico nos séculos XVIII e XIX, o modelo biomédico é fortalecido e ainda hoje apresenta-se hegemônico no sistema de saúde brasileiro (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Com fortes influências do racionalismo de Descartes e compreendendo a ciência como um sistema mecânico separado em polos (mente e corpo), o modelo biomédico entende a saúde como ausência da doença e estabelece a eliminação de sintomas como medida central do cuidado (SCHNEIDER, 2015). Conforme apresenta a autora, o campo da saúde mental é compreendido a partir de pressupostos do racionalismo e do dualismo cartesiano, sendo a “doença” influenciada pelo determinismo organicista e o “mental” resultado do sofrimento psíquico adquirido com a perda da razão. Nesse sentido, a doença mental era compreendida socialmente como falta de razão e liberdade de escolha e, conseqüentemente, o “louco” era considerado aquele que representava risco à sociedade. Como consequência, coloca Amarante (2015), a institucionalização da loucura pela medicina é instaurada e o espaço hospitalar se torna o local de ordenação, de caridade e de correção.

Essa tendência de priorização do orgânico continua influenciando terapêuticas pautadas no isolamento dos indivíduos considerados loucos através da internação em hospitais psiquiátricos e na responsabilização dos indivíduos pelas suas condições de saúde. A indústria farmacêutica, também conhecida como “indústria da loucura” (AMARANTE, 2015) é hoje uma das maiores fontes de lucro do mundo, aumentando os interesses do mercado em fortalecer o cuidado voltado à medicalização, normatização e cura dos indivíduos, em detrimento da promoção de qualidade de vida.

Em resposta a esse processo, Amarante (2007) apresenta dois importantes movimentos que se desenvolveram mundialmente: o primeiro, denominado Psiquiatria Reformada englobava movimentos que criticavam a estrutura asilar como, por exemplo, a Psiquiatria Preventiva; o segundo agrupava movimentos que buscavam romper com a lógica manicomial, tendo como maior exemplo a Psiquiatria Democrática, na Itália. A grande diferença entre ambos é que o primeiro, embora buscasse alterar o local de tratamento aos usuários com transtornos mentais, ainda reproduziam a lógica psiquiatrizante através do isolamento, do controle dos corpos e da busca por um padrão aceito socialmente.

A Psiquiatria Preventiva, grande destaque dos modelos reformistas de psiquiatria, surgiu nos Estados Unidos na década de 50 no contexto de crise do organicismo mecanicista e foi um marco importante na história da promoção da saúde mental por instaurar a ideia de prevenção (AMARANTE, 2015), salientando que as doenças mentais deveriam ser prevenidas ou detectadas com antecedência por uma equipe com profissionais qualificados de diferentes áreas. No entanto, ao apresentar a prevenção como solução aos problemas sociais, fortalece as propostas de controle sobre o corpo e a medicalização (TENÓRIO, 2002), conservando a exclusão dos indivíduos com transtornos mentais.

Na década de 40, a Organização Mundial de Saúde apresenta um novo conceito, definindo a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (WHO, 1947). Esse conceito, atrelado aos ideais da Psicologia Preventiva de ampliar o olhar sobre a saúde e compreender o indivíduo integralmente, traz grandes avanços na constituição do campo da saúde mental. Nesse momento, há maior espaço para a discussão sobre a importância do cuidado multiprofissional na área da saúde, abrindo novas áreas de atuação para a Psicologia, que tardiamente foi regulamentada como ciência no Brasil em 1962 (NETO, 2008a). Dessa forma, a atuação psicológica que era predominante na área organizacional, escolar e no atendimento clínico principalmente à crianças com queixas escolares, passa a incorporar também aqueles com transtornos mentais - antes exclusivamente tratados pelos psiquiatras. No entanto, conforme

acrescenta o autor, mesmo adicionando fatores sociais e psicológicos à compreensão da dimensão subjetiva dos indivíduos, ainda eram predominantes a tradição científica positivista e a concepção de sofrimento atrelada à ideia de patologia, tornando esse processo cheio de contradições. A função do psicólogo era, nesse sentido, o ajustamento e a adaptação a partir de um ideal de normalidade.

A segunda tendência, em contraposição à Psiquiatria Preventiva, ocorreu na Itália como tentativa de disseminar as lutas lideradas por Franco Basaglia e foi uma grande influência para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Denominada Psiquiatria Democrática, ia além das reformas psiquiátricas surgidas até então. De forma radical, Basaglia defendia que a melhor maneira de humanizar o cuidado aos indivíduos com doença mental seria acabar com os manicômios, estabelecendo serviços de saúde mais próximos à comunidade e fortalecendo o debate em oposição aos modelos centrados na doença que apresentavam a psicoterapia individual e a administração de remédios como solução eficaz (AMARANTE, 2015). Inicia-se, portanto, a discussão sobre a necessidade da desinstitucionalização para além da desospitalização, através da transformação dos espaços coletivos destinados à comunicação e à reflexão crítica. Nicácio (1990 apud AMARANTE, 2015, p.49) faz essa distinção:

Nesse sentido desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender uma instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

A Reforma Psiquiátrica foi resultado de luta de diferentes integrantes, entre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que surgiu no Rio de Janeiro em 1978 contra a ditadura militar, a articulação entre internação asilar e privatização da assistência e no combate às condições precárias de vida da população (TENÓRIO, 2002; ZURBA, 2012). O movimento tinha como objetivo debater e encaminhar propostas de transformação da assistência psiquiátrica, desenvolvendo críticas ao modelo psiquiátrico clássico, hospitalocêntrico e segregador, à violência dos manicômios, a hegemonia da rede privada e a mercantilização da loucura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Lutavam pela desinstitucionalização, pela participação popular nas discussões relacionadas à assistência psíquica e pela desconstrução das formas de compreender e lidar com a loucura. Nesse período, o conceito de territorialização é frisado, uma vez que não bastava criar serviços para além do *locus* hospitalar, era preciso garantir que esses serviços compreendessem a realidade de cada indivíduo através de um cuidado integral. Segundo o Ministério da Saúde:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (MS, 2005).

Com a Reforma Psiquiátrica, os psicólogos adentram à saúde pública. No entanto, conforme apresentam Yamamoto e Oliveira (2010), esse movimento não foi resultado apenas de uma "conscientização política" da realidade crítica do modelo hospitalocêntrico, mas também resultado do processo de crise do capitalismo, refletida no Brasil com o fracasso do milagre econômico, que gerou altos níveis de desemprego, reduzindo o mercado de atendimento psicológico privado. Essa perda atrelada às novas discussões sobre a relevância social da Psicologia, levou os psicólogos a adentrarem a área da saúde reproduzindo o modelo que conheciam, ou seja, a clínica individual, mesmo que o contexto priorizasse novas formas de atuação, como o atendimento em grupo a partir de temáticas demandadas pelo território. Essa mudança ocorre devido às particularidades do serviço público, que se diferem da clínica privada pelas diferenças socioeconômicas e vulnerabilidades sociais, pela alta demanda de atendimentos, dificuldade de comunicação, atrasos frequentes e grande abandono dos tratamentos. Em 1980, com a abertura de grandes quantidades de concursos públicos, desenvolveu-se a área da Psicologia na saúde pública (PIRES; BRAGA, 2009). Entretanto, a formação de psicologia não acompanhou os novos modelos de saúde, sendo, ainda hoje, priorizado nos currículos as práticas clínicas e individuais.

Antunes (2012) ressalta que, com a abertura do ensino superior para a iniciativa privada, muitos cursos de Psicologia foram criados e, como forma de aumentar a lucratividade, reduziram o número de disciplinas. Esse fator, atrelado a falta de docentes qualificados, a desvinculação da extensão e da pesquisa e as atividades restritas apenas ao ensino resultaram na perda de qualidade do ensino de Psicologia.

As primeiras conquistas da Reforma foram os processos de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico de São Paulo, a construção do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil em 1987 e o projeto de lei nº 3.657 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que impedia a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público e definia que os recursos deveriam ser destinados para a construção de serviços não-manicomiais. Embora o projeto tenha sido negado no Senado na época, foi um importante marco para o movimento, fazendo com que a discussão sobre o tema

ocorresse em todo o país e, mais tarde, servisse de base para a aprovação da Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001). Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre proteção do doente mental, garantindo sua cidadania, o respeito aos seus direitos e sua individualidade e promovendo a sua reinserção social. Além disso, determina o fechamento das instituições psiquiátricas e a instalação de serviços substitutivos, como os CAPS e as Residências Terapêuticas.

Os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica demonstraram a possibilidade de construção de uma rede de atenção à saúde pautada nas necessidades dos usuários e, dessa forma, demarcaram um marco importante no processo de redemocratização do país. Outro destaque foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que discutiu-se um novo modelo de saúde para o Brasil a partir do modelo biopsicossocial, propondo mudanças como o direito universal à saúde, o acesso igualitário, a descentralização e a ampla participação da sociedade (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). O SUS é consolidado com a Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90), ficando sob responsabilidade do nível federal, estadual e municipal. O SUS, definido como um conjunto de unidades, serviços e ações, possui como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade e como princípios organizativos a participação da comunidade, a resolubilidade, a regionalização, a descentralização e a hierarquização (BRASIL, 1990). Conforme declara a Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, artigos 196 e 197).

Nesse momento, a saúde passa a ser prescrita em lei como um direito de toda a população e que deve ser garantida pelo Estado.

## **1.2 A entrada do psicólogo na Atenção Básica à Saúde**

Embora a descentralização fosse pauta durante a criação do SUS, sendo discutidas estratégias para a regionalização do cuidado em saúde, apenas anos depois foi incluída na agenda das políticas públicas. Isso ocorreu por se tratar de uma diretriz com muitos desafios devido a enorme desigualdade socioeconômica e geográfica que abarca o país (FAUSTO et al., 2018). Em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB) SUS n.01/96 prioriza o Programa Saúde da Família (PSF) como reorganizador dos serviços de Atenção Básica nos municípios, visando

o alcance maior da população à atenção profissional. Mais tarde, o projeto torna-se Estratégia Saúde da Família e se transforma no eixo central da AB. Cada equipe do PSF, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário é encarregado da cobertura de até mil famílias, sendo este um recurso de aproximação dos profissionais com os usuários, facilitando sua vinculação e priorizando as demandas da comunidade. Essa NOB também define o piso da Atenção Básica, estabelecendo a divisão do financiamento em uma parte fixa (consistindo em um valor *per capita* nacional, transferido pela União aos municípios) e uma parte variável (incentivos específicos atrelados a programas recomendados pelo MS, transferido do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde) (CASTRO et al., 2018).

Em 2000, as discussões convergem para a necessidade de fortalecer os espaços regionais objetivando a igualdade no acesso e a qualidade na atenção. Como resultado, em 2011, o MS implanta a Rede de Atenção em Saúde (RAS), estratégia desenvolvida para organizar as ações e os serviços em saúde de forma não hierárquica e vinculadas entre si. Busca-se, com a criação da RAS, articular em rede os equipamentos da cidade, não apenas os da saúde, objetivando garantir a resolutividade e a promoção da autonomia aos usuários (BRASIL, 2010). Além disso, define as responsabilidades dos diferentes níveis da atenção: a atenção básica (ou primária), a média e a alta complexidade, de maneira que elas se articulem, garantindo uma atenção contínua e integral à determinada população (PAIM, 2009).

A alta complexidade inclui procedimentos ambulatoriais de alto custo, oferecendo à população acesso a serviços qualificados nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência. A média complexidade, por sua vez, objetiva atender aos principais agravos de saúde da população através de uma prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos complexos para o apoio diagnóstico e tratamento através de unidades mistas, ambulatórios, hospitais locais e regionais (BRASIL, 2010). É na média complexidade que se localizam os Centros de Atenção Psicossocial, serviço que abarca grande quantidade de psicólogos. Apesar do seu papel na redemocratização da saúde e do acesso da população aos serviços psicológicos, os CAPS possuem especialidades, como o manejo de transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas, não conseguindo contemplar todas as necessidades referentes à subjetividades e saúde mental da população.

A atenção básica, por sua vez, é definida segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das

pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p.19).

Essa definição, inspirada pela declaração de Alma-Ata na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, articula-se com o conceito de Starfield (2002), que define a atenção primária como o primeiro contato do usuário ao sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção centrada na família. É formada pelas Equipes de Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, equipes de saúde bucal e pelos Programas de Saúde na Escola, Atenção Domiciliar e Academia da Saúde (BRASIL, 2011). Nesse nível, as ações são desenvolvidas com o mais alto grau de descentralização e apoio comunitário, oferecendo o acesso universal através de uma prática territorial e de ações intersetoriais. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade e participação social (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica considera o sujeito a partir da sua singularidade e inserção sócio-cultural e, para tal, defende a importância do trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, o conceito multidisciplinar passa a representar um modelo ultrapassado e tradicional em saúde, representando a intervenção dos profissionais ao usuário de forma fragmentada e isolada. Busca-se, cada vez mais, a construção de equipes que trabalhem através de práticas integradas e da troca de conhecimentos.

Segundo pesquisas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (2009), a criação da Estratégia de Saúde na Família, anteriormente denominada Programa Saúde da Família, ampliou a cobertura de acesso da população brasileira aos serviços de saúde de 6,6% em 1998 para 63,7% em 2016. Esse crescimento, embora tenha diminuído a desigualdade e as internações hospitalares, também evidenciou a necessidade de um sistema mais completo, com profissionais de outras áreas e recursos apropriados.

Em 2008, visando a maior resolubilidade das equipes Saúde da Família, o MS cria, a partir da Portaria nº 154, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008). Uma vez que recomenda-se a presença de pelo menos um profissional de saúde mental em cada núcleo, os psicólogos passam a fazer parte dos NASFs, salientando a importância da subjetividade na construção do vínculo e no cuidado em saúde. Essas equipes têm como intuito superar a lógica fragmentada da saúde, objetivando a construção de redes e o aprendizado junto à ESF através de um suporte assistencial e técnico-pedagógico. Ademais, rompe com a forma tradicional de trabalho, de encaminhamento ao CAPS dos casos que não fossem contemplados pela atenção

básica, lotando o serviço especializado com demandas simples. Dessa forma, abre-se espaço para o acompanhamento de especialidades na atenção básica, através de um cuidado contínuo. No entanto, implantar o NASF implica, dessa forma, que os profissionais de toda a AB estabeleçam espaços de reunião para discussão de casos, definição dos objetivos de equipe e dos critérios de prioridade do território, entre outras ações que dependam da responsabilização de todos os profissionais e gestores.

Os NASFs são responsáveis por determinado número de equipes de SF de acordo com sua classificação: Nasf 1, Nasf 2 e Nasf 3 (POLEJACK et al., 2015). O Nasf 1 deve ser composto por no mínimo cinco profissionais entre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada equipe se responsabiliza entre oito a vinte equipes de SF, sendo na região norte o número mínimo de cinco equipes. O Nasf 2, conforme a Portaria 154, deve ter no mínimo três profissionais, entre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional e deve se vincular a no mínimo, três equipes SF. (BRASIL, 2008). O Nasf 3, por fim, apoia de uma a duas ESFs. Cabe ao gestor municipal definir quais os profissionais farão parte de cada tipo de NASF a partir das necessidades do território e da disponibilidade de profissionais.

No desenvolvimento do trabalho do NASF, são utilizadas algumas ferramentas, tais como: a Pactuação do Apoio, o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). A Pactuação do Apoio é uma avaliação conjunta feita pelos gestores, equipes SF e o Conselho de Saúde da região para analisar quais profissionais devem ser contratados para o NASF a partir das necessidades do território. Além disso, abrange também o desenvolvimento dos trabalhos e das metas a serem realizadas, através de reuniões rotineiras entre equipe de referência (ESF), equipe NASF e gestores, para definir, por exemplo, os objetivos a serem alcançados, os problemas prioritários e os critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos avaliadores (MS, 2009).

O Apoio Matricial, conforme apresenta o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica N. 27 (MS, 2009), possui duas dimensões: a primeira, a dimensão assistencial, é aquela que produz ação clínica direta com os usuários através de atendimentos compartilhados, elaboração de projetos terapêuticos singulares ou, em caso de necessidade, atendimento direto à população. A segunda, a ação técnico-pedagógica, serve de apoio educativo com e para a equipe, através de discussões de casos e temas, compartilhando os conhecimentos específicos de profissões que não fazem parte da equipe saúde da família. Busca-se, nesse sentido, a

construção de relações horizontais entre os profissionais de referência e os especialistas, promovendo a maior integração entre a equipe. O matriciamento pode ser solicitado nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental ou outra especialidade para conduzir um caso difícil, quando necessita de suporte para realizar intervenções ou quando precisa de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho das tarefas na equipe de referência, como dificuldade nas relações entre membros da equipe.

A Clínica Ampliada busca ampliar a abordagem integral de cuidado ao usuário, sem privilegiar uma matriz de conhecimento em detrimento de outra. Além disso, tem como objetivo ressignificar a prática clínica através de ações que não sejam pontuais e unilaterais, mas compartilhadas, tanto com a equipe quanto com os próprios usuários através de uma prática humanizada e integral. O Projeto Terapêutico Singular se refere ao conjunto de propostas para um sujeito, grupo ou família e é elaborado a partir da discussão de uma equipe interdisciplinar. Tem como objetivo ampliar o olhar sobre o sujeito a partir de visões integradas da equipe, avaliando, reavaliando e problematizando os aspectos orgânicos, psicológicos e sociais e propondo metas de curto, médio e longo prazo no cuidado a esse sujeito/grupo. O Projeto de Saúde no Território, por fim, é uma estratégia das equipes SF e Nasf para o desenvolvimento de ações efetivas em determinado território através da articulação dos serviços de saúde e políticas sociais. É necessário, portanto, a compreensão da realidade do território, bem como do processo histórico e social de cada vulnerabilidade local, a definição dos objetivos e da participação social (MS, 2009).

Outra modalidade de serviço para o psicólogo na Atenção Básica é o Consultório na Rua (CnR), formado por equipes multiprofissionais responsáveis pelo cuidado à saúde integral das pessoas em situação de rua. Vinculado à ESF e regido pela portaria nº 122 de 2012, as equipes transitam pelo território e promovem intervenções de acordo com cada demanda, seguindo a lógica da Redução de danos (VAZ; WICHROWSKI, 2015).

Um dos grandes entraves para essa atuação e para concretização dos princípios e diretrizes do SUS no Brasil é a questão do financiamento (CASTRO et al., 2018). A Atenção Básica, além de ser uma estratégia importante para a mudança do modelo de assistência à saúde no Brasil, também pode ser considerada uma forma de reduzir os gastos em saúde, uma vez que ao ser utilizada como porta de entrada dos usuários, diminui a demanda na assistência hospitalar e no uso de altas tecnologias. No entanto, difundiu-se a ideia, através do neoliberalismo, que a garantia de bem estar econômico e social à população resultaria na elevação dos custos e deterioração do desempenho econômico.

Nesse sentido, fortalece-se cada vez mais as políticas centradas principalmente no controle de gastos públicos. Esse processo é marcado principalmente por dois mecanismos (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010): a precarização e a privatização. A primeira implica em descentralizar os serviços e garantir o acesso aos atendimentos básicos sociais apenas com comprovação de renda baixa. A segunda é marcada pela transformação de serviços sociais em mercadoria e transferência para organizações não governamentais, que recebem transferência de recursos públicos através de parceria com o Estado.

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional n° 95 (BRASIL, 2016), conhecida como a emenda do “Teto dos gastos”, que limita a expansão dos gastos públicos pelos próximos vinte anos, resultando no enfraquecimento do SUS e na privatização crescente da atenção à saúde. Em 2017, foi publicada a nova Política Nacional da Atenção Básica (Portaria n° 2.436), altamente criticada pelo Conselho Nacional de Saúde e entidades como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). A nova política flexibiliza a utilização dos recursos federais transferidos para a saúde da família, ficando a cargo da gestão local a possibilidade de compor equipes de AB de acordo com as necessidades de cada município. Aparentemente uma ação positiva por responder às demandas de descentralização e aumentar a liberdade dos gestores municipais, esse processo não se consolida devido ao contexto de redução de recursos. Ademais, a nova PNAB, embora priorize o papel da ESF, incentiva outras estratégias de organização das equipes, na qual fazem parte apenas médico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem, retirando a necessidade do agente comunitário de saúde da equipe básica. Conforme debatem Morosini et al. (2018, p.14):

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público [...] Essa ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual.

Segundo as autoras, o projeto atual, pautado pela racionalidade neoliberal e fortalecido com o impedimento da presidenta Dilma Rousseff, aponta para a centralização das políticas de saúde, diminuindo a presença do Estado. Morosini et al. (2018) citam que, a partir de 2019, com o governo de Jair Bolsonaro, a Atenção Básica passou por mudanças de nomenclatura e de organização. Em relação à nomenclatura, o Ministério da Saúde retomou o termo internacional - Atenção Primária à Saúde -, desconsiderando a realidade da atenção básica no Brasil, que se difere de outros contextos. Em relação às mudanças estruturais organizacionais, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) foi dividida em três: a Secretaria de Atenção Primária à

Saúde (SAPS), a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SEASI). As mudanças mais significativas, no entanto, se deram a nível de financiamento, de regulação e de prestação de serviços.

Com a criação do Programa Previne Brasil, o modelo de financiamento é alterado. Deixa-se de utilizar os pisos fixo e variável e passa-se a utilizar os critérios de captação e avaliação de desempenho em substituição ao modelo antigo que utilizava o número de habitantes e equipes de saúde da família existentes no município (MASSUDA, 2020). Com essa medida, a saúde deixa de ser universal para abarcar apenas os usuários cadastrados no sistema. Por último, a composição das equipes NASF ficam a cargo da gestão municipal, uma vez que deixa de ser requisito para o repasse dos recursos. Essa ação resulta no desmonte dessas equipes e, conseqüentemente, na redução da atuação multiprofissional na AB. Além disso, em dezembro de 2019 foi aprovada a Lei nº 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, autorizando a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, uma instituição de direito privado. Todas essas propostas ampliam as possibilidades de privatização da saúde, fortalecendo a lógica mercantil na política pública.

### **1.3 A atuação da Psicologia na Atenção Básica à Saúde**

A entrada do psicólogo, por meio da equipe NASF, na atenção básica à saúde fortalece a Política Nacional de Saúde Mental, que defende a redução gradual de hospitais psiquiátricos e prioriza a implantação de uma rede diversificada de serviços. Dessa forma, há a tentativa de aproximação da psicologia do contexto familiar, tornando os saberes técnicos e não técnicos e as práticas em saúde mais acolhedoras, criando vínculo com o usuário e promovendo saúde (MS, 2009). Nota-se que há a mudança de uma abordagem focada nos níveis secundário e terciário, ou seja, no tratamento de transtornos já instalados, para um modelo de saúde psicológico promotor de qualidade de vida.

Dado que há um componente de sofrimento subjetivo associado à toda doença, como também uma carga de sofrimento em situações comumente atendidas na AB, como casos de violência e abusos, esse campo também é um local fundamental para o cuidado em Saúde Mental, sejam estes preventivos, de promoção à Saúde Mental ou assistenciais (BOING; CREPALDI, 2010). Nesse sentido, Polejack et al. (2015) compreendem que o psicólogo se faz essencial nesse espaço pelo seu acolhimento, pela escuta e criação de diálogos entre membros da equipe-serviço-comunidade e pelo fortalecimento de redes de autocuidado nos territórios.

No entanto, há poucos documentos que apresentam as funções específicas do psicólogo dentro do NASF (POLEJACK et al., 2015). O Ministério da Saúde delimita apenas as funções e os deveres dos profissionais da ESF e documentos como o Caderno 27 da Atenção Básica: Diretrizes do NASF (MS, 2009) retratam as estratégias transdisciplinares de atuação, ou seja, as competências comuns da equipe. Nesse sentido,

[...] torna-se essencial que o modelo de ação contemple também o processo social de produção de saúde e não somente os possíveis tratamentos das doenças. Não se trata apenas de levar o saber do especialista psicólogo para os profissionais generalistas inseridos na eSF, como foi mencionado por determinados palestrantes, mas de contemplar a multifatorialidade do que é saúde e de construir em equipe possibilidades de uma atuação integral. (POLEJACK et al., p 115-116, 2015)

Segundo Boing e Crepaldi (2010), há também uma incoerência entre a Política Nacional de Atenção Básica e as políticas específicas de saúde mental. Enquanto a primeira define as equipes ESF como organizadoras do cuidado em saúde, as segundas apresentam os CAPS como organizadores de toda a rede de atenção à saúde mental. Essa desarticulação distancia o cuidado em saúde do cuidado em saúde mental e, conseqüentemente, a atuação dos psicólogos ao nível de atenção básica, uma vez que define o psicólogo apenas em seu caráter de especialista e não de profissional geral de saúde. Esse processo é resultado da desarticulação entre o campo de saber da psicologia e os princípios do SUS, e resulta na falta de articulação entre os serviços e na falta de integração entre a equipe.

Pesquisas realizadas por diferentes autores demonstram a fragilidade da atuação dos profissionais nesse nível de atenção, uma vez que é comum a falta de conhecimento desses atores sobre as políticas públicas do SUS (FREIRE; PICHELLI, 2013) em consequência da formação em psicologia ainda focar nas atuações clínicas e individuais. Dimenstein (2001) complementa que a formação profissional direciona os psicólogos para modelos limitados para o setor da saúde, distanciando os formandos de práticas interdisciplinares e colaborativas e do conhecimento das redes e funcionamento do SUS. Esse distanciamento, segundo a autora (DIMENSTEIN, 2000), são em sua maioria, resultados da predominância no campo da Psicologia de focar no indivíduo como um sujeito abstrato e a-histórico, distanciando-o de seu contexto social, político, econômico, cultural e espiritual. Como consequência, há a predominância do atendimento psicológico como exclusivamente clínico e psicoterapêutico, transpondo o atendimento individual ao nível da atenção básica (ROZANI; RODRIGUES, 2006; PIRES, 2006), conforme dito anteriormente. Aqui, entende-se a clínica tradicional conforme define Neto (2008b) como um modelo mais homogêneo, que recebeu influências da

medicina e desenvolve ações para o indivíduo de classes média e alta através da psicoterapia e psicodiagnóstico, sendo em maioria realizadas em consultórios particulares.

Embora, com a entrada da Psicologia nesses novos espaços, tenha-se aumentado a discussão acerca da importância da compreensão do papel do psicólogo para além da intervenção curativista, Traverso-Yépez (2001, p.49) observa que:

[...] se continua privilegiando a etiologia biologicista, a concepção fragmentada de saúde e o caráter impositivo e normatizador da visão positivista de ciência, esquecendo-se a relevância dos aspectos sociais, psicológicos e ecológicos como mediadores dos processos saúde-doença. O modelo biomédico mostra-se totalmente funcional para as necessidades do sistema socioeconômico vigente, condicionando uma visão individualista, fragmentada e descontextualizada dos comportamentos humanos relacionados à saúde e à doença, pelo que se sugere um permanente processo de desconstrução sobre as formas vigentes de fazer ciência nessa área.

Nesse sentido, embora uma parte da Psicologia passe a defender uma prática em saúde ampliada e territorializada, abarcando as relações sociais como estruturantes da subjetividade, outra parte ainda se mantém firme à concepção fragmentada de saúde e à visão positivista de ciência, compreendendo a Psicologia a partir de um caráter funcionalista, intervindo sobre determinado problema.

As novas práticas emergentes após o contexto da Reforma Psiquiátrica, no entanto, estão em construção e estão vinculadas à instituições, órgãos públicos ou organizações não governamentais, visando o atendimento da população que, em maioria, não tinha acesso aos serviços psicológicos. No entanto, conforme apresenta Santos et al. (2010, p. 184):

É preciso ficar atento às particularidades das atividades em grupo e das atividades individuais, pois o atendimento em grupo não garante coletivização das questões que ainda podem se localizar no interior dos indivíduos, assim como a assistência feita de maneira individual não pressupõe individualização destas.

Nesse sentido, a passagem do modelo de clínica clássica para essas novas práticas emergentes não ocorre de forma linear. Em muitos casos, conforme apresentado aqui, as práticas atuais mantêm a lógica clássica da clínica privada no contexto público, muitas vezes por ordem do próprio gestor ou de demandas dos usuários devido ao alto valor da consulta particular. Entende-se que existe sim uma necessidade de expansão na formação do psicólogo, na maneira como ele atua e na expectativa que os profissionais de outras áreas têm dele. Entretanto, não há como negar que a população sente necessidade de espaços de acolhimento para o sofrimento psíquico que ainda não se configura como transtorno, como ansiedades, lutos e demais questões de ordem prática que envolvem a vida cotidiana das famílias e indivíduos. Entendendo a atenção básica como espaço de promoção de saúde e prevenção de doenças em

que as pessoas poderiam ser acompanhadas em diversas instâncias de sua experiência de vida, faz sentido pensar que tais acompanhamentos teriam espaço para acontecerem pontualmente.

É preciso, dessa forma, o rompimento com a tradição intervencionista para uma atuação com ações preventivas e comunitárias que, conforme apresentado pelo Ministério da Saúde, fortaleçam o coletivo, a vivência com o outro, a troca de experiências e, conseqüentemente, o confronto com o diferente, sempre visando a autonomia dos usuários através de uma consciência crítica.

## 2 A CONSTITUIÇÃO DA PSICOLOGIA

Compreender os desafios referentes à Psicologia na Atenção Básica envolve não apenas desvendar os percursos históricos e culturais sobre como a saúde foi entendida no Brasil e no mundo, como também analisar a própria constituição da Psicologia como produção de conhecimento e a maneira com que, durante os anos, interviu na sociedade. Busca-se, nesse capítulo, realizar essa análise objetivando a compreensão das contradições que ainda se fazem presentes hoje nesse campo do conhecimento e que interferem na atuação profissional e na formação dos psicólogos, reforçando a importância do compromisso social da categoria diante dos desafios atuais.

### 2.1 As contradições no desenvolvimento da Psicologia

Dimenstein (2000, p. 103) cita que a Psicologia:

[...] se inseriu no sistema jurídico buscando identificar delinquentes desde a infância e prevenir futuros desajustes; no sistema educacional preocupando em identificar e solucionar problemas de aprendizagem e de ajustamento escolar e no sistema médico oficial auxiliando na prevenção de doenças físicas e mentais. Enfim, ela penetrou em toda a sociedade sem estar necessariamente comprometida com a produção de conhecimentos na perspectiva de transformação das práticas e ideologias dominantes em nossa sociedade.

Desde o início do seu desenvolvimento, a Psicologia se manteve presa a dicotomias: objetividade ou subjetividade, interno ou externo, natural ou histórico, objeto ou sujeito, razão ou emoção, indivíduo ou sociedade (BOCK, 1999). No decorrer dos anos, o psicológico foi atrelado à esfera natural e individual, tendo sido os denominados transtornos mentais alvo de tratamento e cura. Ao descontextualizar o sujeito de seu contexto social e cultural e propor um modelo ideal de indivíduo - um indivíduo universal -, deixa-se de lado a complexidade e a multideterminação do processo de subjetivação (DIMENSTEIN, 2000). Como resultado, a Psicologia se desenvolve individualizando problemas sociais de acordo com os interesses do capital e servindo de suporte científico às ideologias dominantes. Conhecer essa realidade é, portanto, essencial para se pensar em novas formas de atuação e de formação.

O crescimento da Psicologia ocorre na transição do feudalismo para o capitalismo no século XIX, período marcado pela ascensão da burguesia, pela ênfase na razão humana, na liberdade do homem e na produção de saberes racionais que explicassem os fenômenos da

natureza (BOCK, 2007). Nesse período, surge uma nova concepção de homem e de ciência desatrelada da teologia e da filosofia.

A ideologia liberal iluminista, que se desenvolvia no século XIX, teve papel importante no desenvolvimento da Psicologia. Defendia a valorização dos indivíduos e das suas liberdades, compreendendo-os como seres iguais em capacidade e em direitos, segundo os ideais de “Igualdade, Fraternidade e Liberdade” defendidos na Revolução Francesa. Esse movimento é fortalecido com a mudança da vida coletiva para espaços privados, desenvolvendo a ideia de componentes internos, individuais e pessoais. Conforme apresenta Bock (2007, p. 19):

As casas modificam sua arquitetura para reservar aos indivíduos locais privados; os nomes se individualizam; roupas, guardanapos e lençóis ganham marcas, de modo a permitir sua identificação. A vida do trabalho sai da casa para a fábrica, modificando o caráter da vida pública. A casa torna-se lugar reservado à família que, em seu interior, divide espaços, de forma a permitir lugares mais individuais e privados. Os banheiros saem dos corredores para se tornar lugares fechados e posteriormente individualizados. [...] A ideia de um mundo “interno” aos sujeitos, da existência de componentes individuais, singulares, pessoais, privados toma força, permitindo que se desenvolva um sentimento de eu.

Uma vez que a sociedade lhe oferece as condições necessárias para a vida, segundo o liberalismo, o indivíduo passa a se considerar autônomo, independente e descontextualizado dos determinismos culturais (DIMENSTEIN, 2000). Em contraposição, os indivíduos nesse período eram inseridos em rotinas de trabalho cada vez mais mecanizadas e padronizadas objetivando o fortalecimento do novo sistema econômico. É nesse momento que abre-se espaço para a necessidade de compreensão e controle da subjetividade dos indivíduos para adequá-los ao padrão daquela nova sociedade que se transformava.

Abre-se espaço, dessa forma, para uma nova área do conhecimento que deveria seguir, no entanto, as novas exigências da modernidade. Nesse período, a razão contemplativa cede espaço para a razão e ação instrumental, sendo a finalidade utilitária justificativa para a legitimação da ciência e para a construção de um conhecimento objetivo. A busca por essa nova forma de alcançar a verdade é marcada pelo racionalismo de René Descartes e pelo empirismo de Francis Bacon. Descartes, através do dualismo cartesiano, cinde o homem ao meio: aquilo que é material e biológico, cabe a ciência, e o que for psíquico e subjetivo se restringe à filosofia. Bacon, também na tentativa de firmar bases seguras para o conhecimento, procura por meio dos sentidos e da percepção alcançar a verdade. O pensamento positivista, ao conferir a ruptura entre o sujeito e o objeto para a utilização dos modelos e métodos das ciências naturais, assegurava que através do empirismo poderia-se alcançar um conhecimento objetivo e neutro

(FIGUEIREDO, 2008, 2015). Conforme destaca Bock (2007, p. 16), a ciência da época possuía as seguintes características:

[...] positivista, porque se constituiu como sistema baseado no observável; racionalista, pela ênfase na razão como possibilidade de desvendar as leis naturais; mecanicista, porque se pautou na ideia do funcionamento regular do mundo, guiado por leis que poderiam ser conhecidas; associacionista, porque se baseou na concepção de que as ideias se organizam na mente de forma a permitir associações que resultam em conhecimento; atomista, pela certeza de que o todo é sempre resultado da organização de partes; e determinista, porque pensou o mundo como um conjunto de fenômenos que são sempre causados e que essa relação de causa-efeito pode ser descoberta pela razão humana.

Consequentemente, o desenvolvimento da Psicologia como ciência ocorre com muitas contradições. Segundo Castañon (2009), isso decorreu de alguns fatores como: a impossibilidade de divisão do fenômeno psíquico entre mente e corpo, a falta de consenso entre as teorias psicológicas sobre o seu objeto de estudo e a necessidade de um método para a psicologia diferente do das ciências naturais. Em relação à divisão entre objetividade e subjetividade, conforme define Figueiredo (2015), esperava-se uma cisão entre uma subjetividade ascética e tudo aquilo que pudesse tornar o sujeito singular; ou seja, buscava-se a cisão entre a mente, que funcionava de forma livre, e do corpo, que sofria influências do meio. No entanto, uma vez que a “mente” ou “psique” não é passível de observação, não se encaixando nas determinações do positivismo, uma das grandes dificuldades no processo de consolidação da Psicologia como ciência foi a delimitação do seu objeto de estudo.

Diante desse conflito e em um contexto em que os saberes psicológicos sempre foram debatidos em outras áreas do conhecimento, como na Filosofia, Fisiologia, Física e Ciências Sociais, tornando complexa a sua consolidação como um campo independente, o alemão W. Wundt esteve à frente na tentativa de consolidação da psicologia como ciência. Compreendendo-a como ciência intermediária entre as ciências da natureza e as ciências da cultura (FIGUEIREDO, 2010), elabora duas psicologias: uma fisiológica experimental, utilizando-se da física e da fisiologia; e uma psicologia social que põe em foco os processos subjetivos, não sendo possível a utilização de experimentos controlados. Essas duas psicologias deveriam, no entanto, ser trabalhadas separadamente. A incorporação feita por Wundt dos elementos objetivos e subjetivos no processo psicológico foi importante para a ampliação da compreensão do indivíduo e da sua forma de estar no mundo. No entanto, a dificuldade de abranger o plano subjetivo através da ciência moderna limitou que esse conhecimento pudesse ser compreendido por completo.

Após Wundt, seus seguidores buscam encaixar a psicologia em um lado do pêndulo - ou tendendo às ciências naturais ou às ciências sociais. Essa separação entre objetividade e subjetividade que permeia todo o desenvolvimento da psicologia resulta na concepção de que ambos independem um do outro, funcionando de forma autônoma. As abordagens psicológicas surgem na tentativa de compreender o homem, cada qual com seu objeto de estudo e, na maioria dos casos, mantendo as perspectivas mecanicista e determinista de Wundt (BOCK, 2007), compreendendo o homem como uma máquina que possui regularidade e que, portanto, deve ser desvendado. Figueiredo (2008) agrupa as matrizes do pensamento psicológico em dois grupos - um gerados por matrizes científicas, que se pautam nos modelos das ciências naturais; e outro, gerados por matrizes "românticas", que reconhece as especificidades de cada indivíduo, suas vivências e subjetividade.

As primeiras teorias pós Wundt buscaram superar essa dicotomia através do enfoque nos aspectos naturais e, portanto, naqueles que poderiam ser alvo de sistematização e observação, como o estruturalismo de Titchener, o funcionalismo e o comportamentalismo. Como consequência, conforme apresentou Figueiredo (2010), embora essas teorias tenham solucionado a questão da necessidade de objetividade da ciência e da possibilidade de observação direta do fenômeno psicológico, restringiram a psicologia apenas ao campo do natural, deixando de lado os aspectos sociais e culturais desse processo.

Por outro lado, compreendendo que o psiquismo é resultado de uma totalidade de partes que não devem ser estudadas de forma isolada, algumas teorias buscaram romper com o método científico das ciências naturais. A gestalt, por exemplo, utilizou-se da fenomenologia como método de investigação dos fenômenos psicológicos tal como aparecem na consciência, relacionando esses aspectos com o mundo físico e fisiológico. O behaviorismo de Skinner, embora comportamentalista, foi uma importante teoria ao incorporar a subjetividade no estudo dos comportamentos, ressaltando a relação entre "mundo privado" e relações sociais. Freud, por outro lado, embora tenha partido da biologia na construção da teoria psicanalítica, rompeu com o dualismo cartesiano ao compreender a relação que havia entre os sintomas do corpo e a mente de seus pacientes (FIGUEIREDO, 2009). A abordagem Sócio-histórica, com influências de Marx e do pensamento dialético, trouxe uma grande contribuição à Psicologia ao compreender o indivíduo como ser social e histórico e, dessa forma, contrapor ao indivíduo defendido pela visão liberal e individualista. Dessa forma, foram muitas as teorias que se constituíram dentro da Psicologia, porém ainda se fazem presentes as diferenças quanto aos pressupostos ontológicos e epistemológicos que, em muitos casos, se contrapõem. Essa falta de

consenso entre as teorias psicológicas é outro fator que dificultou o seu desenvolvimento (BOCK, 2007).

Nota-se, no entanto, que embora a Psicologia tenha se desenvolvido visando o fim das dicotomias entre mente e corpo, individualidade e subjetividade, esses desafios ainda não foram totalmente superados. A Psicologia, uma vez que ainda se desenvolve em uma sociedade liberal, não superou totalmente a lógica de conhecimento setorializada, burocrática e positivista que compreende a realidade a partir de um ideal fragmentado e individualizante, embora busque cada vez mais metodologias teóricas e práticas que apreendam o indivíduo integralmente.

No Brasil, Antunes (1998) cita que a produção de saberes psicológicos surge a partir de outras áreas de conhecimento, em especial a Medicina e a Educação. No período colonial no Brasil, os jesuítas foram os protagonistas na produção de conhecimento pedagógico e psicológico através da colonização, da “aculturação” de indígenas e do controle das emoções. O processo catequético foi marcado pela repressão, pela disciplinarização e pelo controle, tendo como base a psicologia moral da época. Com influências do positivismo e a emergência da nova ciência, os autores brasileiros recebiam formação europeia e traziam ao Brasil as ideias que eram difundidas por lá (JACÓ VILELA, 2012). Conforme destaca Antunes (1998, p. 18), tinham como temática em suas obras:

[...] emoções, sentidos, autoconhecimento, educação de crianças e jovens, características do sexo feminino, trabalho, adaptação ao ambiente, processos psicológicos, diferenças raciais, aculturação e técnicas de persuasão de “selvagens”, controle político e aplicação do conhecimento psicológico à prática médica.

A criação das faculdades de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia no final do século XIX foram instituições que contribuíram para a produção de saberes psicológicos no Brasil, constituindo o período de pré-profissionalização da Psicologia. Os estudantes de medicina tratavam de vários temas psicológicos em suas teses, sendo foco na Bahia a Higiene Mental e a Psiquiatria Forense e, no Rio de Janeiro, a relação da psicologia com a neuropsiquiatria e a neurologia (SOARES, 2010; ANTUNES, 2012). Com a eclosão das ciências naturais e biológicas e do evolucionismo, conforme destaca Jacó Vilela (2012), o homem passa a ser estudado como organismo e a “alma” passa a ser compreendida em detrimento do “corpo”. Observa-se que o foco estava na mensuração e classificação dos comportamentos através de um saber objetivo e científico e muitos defendiam a reclusão daqueles indivíduos considerados indesejáveis à sociedade. Ligado ao movimento preventivista da psiquiatria americana, os currículos dessas faculdades utilizavam-se da Psicologia como medida para o controle social dos indivíduos.

Nesse período, surge a Medicina Social em resposta às péssimas condições de saneamento e os altos problemas de saúde da população. Propunha a higienização social através de um projeto profilático de controle dos corpos como medida para diminuição das doenças e dos problemas sociais da época (ANTUNES, 1998). Conforme destaca Jacó Vilela (2012), o pensamento higienista era, naquela época, progressista e a garantia de melhora da qualidade de vida da população mais vulnerável no país e, por isso, teve tantos adeptos e defensores do movimento.

A produção dos hospícios em instituições psiquiátricas, nesse momento, também fez parte do processo de desenvolvimento da psicologia. Recebendo a influência de duas correntes europeias, o alienismo e o organicismo, a exclusão por meio dos hospícios foi a principal medida para lidar com os indivíduos que não se adaptavam às normas sociais. Enquanto o alienismo buscava na internação a cura do indivíduo, o organicismo defendia que a loucura era organicamente determinada. Em conjunto, essas teorias ganharam força no Brasil, servindo de base, inclusive, às teorias de hierarquia racial, que julgavam a população negra a mais propensa a degeneração devido a sua inferioridade biológica (ANTUNES, 1998). Os indivíduos considerados “loucos” eram, então, afastados do que poderia ser a causa dos seus transtornos - a sociedade e sua família.

No que se refere à relação entre Psicologia e Educação, no entanto, a Psicologia serviu de suporte teórico e instrumental para o desenvolvimento da Pedagogia, ampliando o seu desenvolvimento e se consolidando em outras áreas, como a organização do trabalho e o atendimento clínico individual para crianças. Em decorrência das mudanças que o país sofria com sua industrialização, coube à educação a construção de um indivíduo adequado ao novo país que surgia. Buscava-se a diminuição do analfabetismo e, em alguns casos, baseado nos ideais eugênicos articulados a um forte nacionalismo e ao fortalecimento militar. Passa-se, então, a haver grande preocupação com os métodos de ensino e a formação do educador. Com influências do positivismo e do liberalismo, em 1890 ocorreu a Reforma Benjamim Constant propondo um ensino primário laico, gratuito e pautado na liberdade. Além disso, almejavam substituir a tendência humanística pela cientificista, tendo sido substituída a disciplina de Filosofia por disciplinas como Psicologia e Lógica, conforme apresentou Antunes (1998). Com essa reforma, foi criado o primeiro Laboratório de Psicologia Experimental do país, coordenado por Manoel Bomfim (JACÓ VILELA, 2012).

Com essa proposta, a Escola Nova torna-se a proposta educacional da época. Utilizando-se da psicologia como fundamentação científica, amplia o seu desenvolvimento como ciência autônoma (ANTUNES, 2012), passando a ser detentora de um conhecimento próprio e

institucionalizado, dividindo o mercado de trabalho com a medicina e a educação. Os cursos de Pedagogia das Escolas Novas se aprofundam em temas como a educação das faculdades psíquicas, a aprendizagem e a utilização de recompensas e castigos no processo escolar (ANTUNES, 1998). Nesse período, outro grande marco para a ampliação da psicologia no país foi a produção dos testes de inteligência que objetivavam descrever os desvios do comportamento humano, principalmente no contexto escolar. No entanto, também foi utilizado nas indústrias e no alistamento para o exército. Por meio destes, reforçava-se a desigualdade social, no sentido que aqueles que possuíam maior poder econômico eram considerados superiores em detrimentos daqueles com menos condições, sendo considerados menos dotados.

Em contrapartida, havia autores que se colocavam contra a prática hegemônica, como Manoel Bonfim, diretor e criador do primeiro laboratório de Psicologia do país. Contrário às pesquisas sobre fenômenos psicológicos em laboratórios, defendia métodos que levassem em consideração às múltiplas determinações do psiquismo, sendo este compreendido como um fenômeno de natureza histórico-social e, dessa forma, deveria ser estudado a partir do método interpretativo. Outro grande exemplo foi Ulisses Pernambucano, que esteve à frente na luta anti psiquiátrica, muito antes das suas ideias chegarem ao Brasil. Observa-se que o conhecimento psicológico possuiu e ainda possui forças antagônicas, resultando assim no seu movimento e na sua transformação.

## **2.2 A formação do psicólogo para a atuação em saúde**

A Psicologia, conforme apresentado anteriormente, possui um vasto campo de abordagens e, sendo assim, de representações sobre o indivíduo e sobre a sociedade. Ademais, possui também grande diversidade de áreas de atuação, sendo necessária uma formação que englobe todos esses processos. Com o decorrer do seu desenvolvimento, a psicologia tem ampliado seus espaços de intervenção, ocupando territórios mais próximos da comunidade e atendendo um público que, durante muitos anos, não teve acesso a atendimentos psicológicos. Esse movimento teórico e prático da psicologia e, conseqüentemente, dos psicólogos gerou a necessidade de mudança também na forma como a psicologia era ensinada. A educação não é, nesse sentido, um processo estático mas é, assim como a própria Psicologia, um processo que permite a construção, a mudança e a difusão constante de saberes de acordo com as transformações que ocorrem na sociedade (SILVA; BRUSCATO, 2012).

Segundo Lisboa e Barbosa (2009), desde a década de 70 houve um crescimento das discussões acerca da formação em Psicologia, porém ainda se mantém grande distância entre a

realidade profissional e as demandas da sociedade. A entrada do psicólogo, por si só, em novos serviços e áreas de atuação não anula as práticas individualizantes e fragmentadas dos profissionais se não houver mudança também na produção de saberes (DIMENSTEIN, 2012). No entanto, a entrada do psicólogo na saúde mental trouxe para a Psicologia novas discussões acerca do campo de saber psicológico, da atuação da categoria e da necessidade de aproximação da Psicologia com o contexto social e as realidades dos indivíduos. A necessidade dessas discussões, refletem que a Psicologia enquanto ciência ainda se mantinha desatrelada das realidades sociais, reforçando que as contradições destacadas anteriormente em relação à dicotomia entre objetividade e subjetividade dentro da ciência psicológica não foram totalmente superadas. Observa-se que a Psicologia, bem como o sistema de saúde brasileiro, são compreendidos a partir de uma construção histórica e social, síntese de múltiplas determinações, concepções de homem e de sociedade e que, em vários momentos, se contrapõem. Esses embates geram movimentos que possibilitam a transformação dessas contradições. Conforme destaca Dimenstein (2012), o desafio não está apenas em alterar a formação acadêmica e profissional com o acréscimo de disciplinas relacionadas ao SUS e a AB, nem somente abrir mais serviços de trabalho na rede assistencial. É preciso também reinventar o campo de saber psicológico, compreendendo suas contradições e, conseqüentemente, alterando a formação de profissionais em processos de trabalho cada vez mais democráticos e voltados para a autonomia dos sujeitos.

Ademais, a formação ainda privilegia áreas de atuação hegemônicas e a defesa de uma psicologia descontextualizada, a-histórica e individualista (DIMENSTEIN, 2000) relacionadas à própria constituição da psicologia como ciência e como profissão. Segundo a autora, os cursos de graduação priorizaram, durante muito tempo, o ensino de teorias e técnicas tendo como foco a intimidade e a subjetividade dos indivíduos de maneira desatrelada do social, sem adentrar nos aspectos históricos, políticos e ideológicos e, dessa forma, resultando em uma Psicologia neutra, apolítica e distante da realidade do profissional e do público atendido. Pesquisas realizadas por Pires (2006) demonstram que 66% das matrizes curriculares dos cursos observados ainda não possuíam disciplinas regulares obrigatórias com a palavra saúde em sua nomenclatura. Nesse sentido, em muitos casos a formação ainda se direciona a um modelo de saúde individualizada, que não dialoga com os fatores que possam produzir saúde ou doença, restando aos alunos apreender os conhecimentos teóricos e práticos sobre a Atenção Básica em estágios e atividades extracurriculares.

Tem-se como consequência a psicologização dos problemas sociais, a seleção e hierarquização do público atendido, o alto índice de abandono nos tratamentos e o conflito com

as representações de pessoa, saúde e doença das instituições públicas de saúde. Além disso, muitos profissionais chegam aos serviços públicos sem saber ao certo qual a atuação dentro daquele espaço e, muitas vezes, reproduzem modelos assistenciais em detrimento de modelos preventivos e promotores de saúde. Busca-se, com essa mudança, não apenas a preparação dos alunos para uma futura prática em concordância com os princípios e diretrizes do SUS, mas principalmente difundir uma psicologia preocupada com a qualidade de vida da população, com a promoção de saúde e com a transformação social. Ou seja, desenvolver profissionais críticos e não somente técnicos, conforme reforça Lima e Bruscato (2012). Nas palavras de Pessotti (1992, p. 79):

Não cabe à universidade ditar os rumos da sociedade. Cabe-lhe difundir o saber nos vários grupos sociais. Cabe-lhe espalhar a informação sobre os processos de controle do comportamento. Sobre a tecnologia do poder. Para que esses grupos sociais enxerguem sua posição no processo histórico, e então proponham os seus próprios rumos.

Objetivando superar as falhas da formação, em 1996 com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, há a defesa de uma formação ampla que contemple diferentes áreas e reconheça a necessidade de intensificar o contato dos alunos com os contextos de saúde (LIMA; BRUSCATO, 2012). Isso se fez necessário devido às mudanças que ocorriam na própria concepção de saúde no país, sendo necessárias ações integrais, humanizadas e interdisciplinares. Para isso, a formação deveria incorporar disciplinas que debatessem as competências gerais dos profissionais de saúde, bem como propor espaços coletivos de aprendizagem com outros cursos de saúde, visando uma aprendizagem integrada. No entanto, na maioria das vezes as disciplinas sobre saúde pública não abordam as práticas e conceitos em saúde de forma atualizada, deixando de lado a atuação no nível primário em detrimento do secundário e terciário (DIMENSTEIN, 2000). Entre 2001 e 2004, foram aprovadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, reforçando a importância de uma formação que contemple o SUS, o trabalho em equipe e a atenção à saúde, incluindo a participação na prevenção, promoção e reabilitação em saúde (GUARESCHI et al., 2010).

Em 2005, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com o intuito de fortalecer o vínculo ensino-serviço-comunidade através de ações que aproximassem os alunos dos cursos de saúde aos profissionais do serviço, lidando com contextos que não se restringem ao usuário isoladamente, mas englobasse toda a realidade social e cultural daquele

território. Segundo Guareschi et al. (2010), inserir-se nesses espaços implica na construção de conhecimentos científicos que dialoguem com a comunidade e fortaleçam as políticas públicas de saúde. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) também foi desenvolvido com esse intuito, ampliando futuramente em PET-Saúde Mental, PET-Redes, PET-Interprofissionalidade, entre outros.

Por outro lado, a educação não se realiza apenas no espaço da sala de aula (SILVA, BRUSCATO, 2012). Na medida em que se busca transformar o desenvolvimento teórico e prático do sujeito, a educação também acontece quando o profissional busca formas de alcançar a informação e formação que necessita, seja através de programas ou em conjunto com a própria equipe. Dessa forma, a Educação Interprofissional é defendida por valorizar o aprendizado conjunto com outros profissionais, de modo interativo visando a colaboração e a qualidade da atenção em saúde. É nesse momento que a Atenção Básica e o NASF se tornam tão importantes por serem espaços de diálogo, construção e elaboração de conhecimentos.

A educação continuada, compreendida como um processo que compreende todas as experiências formativas posteriores à graduação, tem finalidade de aprofundar nos conhecimentos vistos superficialmente durante a graduação através de treinamentos, capacitações e ações educativas. No entanto, o modelo convencional de educação continuada é voltado para a atualização técnico-científica, utilizando métodos para a transmissão e memorização de conhecimentos de forma pragmática, transmitindo informações de forma descontextualizada do ambiente de trabalho dos profissionais e, em muitos casos, visando mudanças que não alteram a realidade social, apenas resultam em mudanças pontuais nas instituições (SILVA; BRUSCATO, 2012). Nesse sentido, a educação em saúde envolve não apenas a técnica e uma ação individual do profissional, como também necessita de articulação entre as instituições, diferentes redes de gestão e serviços de saúde para englobar todas as necessidades daquele território.

Com o intuito de superar o desafio na formação dos profissionais que atuam no SUS, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Educação Permanente (PNEB), buscando a transformação das práticas através de ações educativas pautadas em atuações críticas, reflexivas e comprometidas com as realidades de cada profissional e de cada território com o objetivo de fortalecer a autonomia e o diálogo desses profissionais (MOTTA; CARVALHO, 2015). Para esses autores, a educação continuada dos profissionais que trabalham na atenção básica deve agrupar os conhecimentos acerca das competências comuns e específicas de cada profissão, o conhecimento do SUS e das políticas públicas e o aperfeiçoamento do trabalho em equipe. No

caso dos psicólogos, acrescenta-se o conhecimento acerca do campo da Saúde Mental, reconhecendo os limites e as possibilidades de atuação.

Segundo Bock (1997), uma formação deve: contemplar todas as teorias em Psicologia e a perspectiva filosófica e epistemológica de cada uma, estimular o aluno à pesquisa, à estranhar aquilo que é familiar e à busca por mudanças; ensinar a construir projetos a partir de situações desafiadoras; estar em constante diálogo com a realidade social brasileira; ensino de técnicas de intervenção como instrumentos com finalidades amplas; seja interdisciplinar e auxilie o aluno a desenvolver trabalhos coletivos; seja densa em teorias, técnicas e pesquisas diversificadas; seja generalista, com pequeno grau de especialização no último ano; seja diversa, sempre ampliando as áreas de atuação com novos campos e instituições; e, por fim, que tenha como finalidade o compromisso social do psicólogo.

### **2.3 O compromisso ético e social da Psicologia**

Diante das teorias e práticas hegemônicas da Psicologia, a crítica aos modelos liberais e a busca por uma psicologia comprometida com os interesses da população sempre se fizeram presentes (YAMAMOTO, 2007). Em contraposição aos modelos individualistas e centrados no biológico, defendia-se abordagens teóricas que englobassem o social e práticas que fossem voltadas para o setor público.

Segundo Yamamoto (2007) três fatores podem dificultar a intervenção da Psicologia na construção do bem estar social: 1. As organizações político-econômicas, que fortalecem o ideal neoliberal e impacta as políticas públicas voltadas às necessidades da população; 2. As teorias e práticas hegemônicas da psicologia, bem como a formação acadêmica, em que ainda prevalece modelos clínicos e individuais em detrimento de modelos voltados à atuação no setor público; e 3. A organização e resistência das classes menos favorecidas pela garantia dos seus direitos sociais. Figueiredo (2008) cita também que uma das dificuldades nesse processo é a falta de uma identidade única da categoria, resultado da diversidade de abordagens e teorias que funcionam de forma desarticulada, o que pode interferir no processo de compreensão do profissional psicólogo como unidade, sua função e seu papel social.

Em um contexto de sucateamento do Sistema Único de Saúde, 71,5% da população - o que corresponde a mais de 150 milhões de pessoas - dependem do SUS para tratamento (IBGE, 2020). Bock (1999) reforça que, em meio à situação brasileira, não cabe mais aos psicólogos se preservarem apenas em clínicas particulares buscando a melhoria das condições de vida, é necessário ocupar novos espaços e compreender o compromisso social do profissional da

psicologia. Conforme Bock (1999, p. 326) coloca: “o trabalho do psicólogo deve apontar para a transformação social, para a mudança das condições de vida da população [...] Estamos falando do compromisso, portanto, de uma perspectiva ética.” É preciso, no entanto, não cair nos extremismos: defender uma posição fatalista, em que de nada adianta fazer para mudar o curso do cuidado em saúde no país ou em uma posição voluntarista, em que são aceitos métodos messiânicos que esbarram nas realidades sociais (Yamamoto, 2010). Cabe ao profissional ir além das práticas hegemônicas, atribuindo uma ação política na sua ação profissional e compreender em que sentido sua atuação pode transformar a realidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Para Martín Baró (1996), não se trata apenas de compreender atuações individualizadas dos profissionais, mas compreender o próprio caminho percorrido pela Psicologia e, dessa forma, analisar se ela tem alterado seus modelos conceituais e práticos conforme se desenvolve para outras áreas de atuação e novas compreensões de indivíduo e sociedade. Nesse sentido:

Uma boa maneira de se abordar o exame crítico do papel do psicólogo consiste em voltar às raízes históricas da própria psicologia. Seria necessário reverter o movimento que levou a limitar a análise psicológica à conduta, isto é, ao comportamento enquanto observável, e dirigir de novo o olhar e a preocupação à “caixa preta” da consciência humana. A consciência não é simplesmente o âmbito privado do saber e sentir subjetivo dos indivíduos, mas, sobretudo, aquele âmbito onde cada pessoa encontra o impacto refletido de seu ser e de seu fazer na sociedade, onde assume e elabora um saber sobre si mesmo e sobre a realidade que lhe permite ser alguém, ter uma identidade pessoal e social (MARTÍN BARÓ, 1996, p. 14).

Assim, caberia à psicologia, o papel de conscientização dos indivíduos sobre a imagem que possuem para si mesmos e das representações sociais, resultando em uma mudança não apenas subjetiva, como também na relação do indivíduo com o mundo (MARTÍN BARÓ, 1996). Não cabe mais ao psicólogo, reforça Bock (1999), compreender o indivíduo isoladamente, como se ele não fizesse parte de uma família, não recebesse influências de determinada cultura e não sofresse as consequências de uma sociedade desigual. Nesse movimento, cabe à Psicologia abrir mão do papel normalizador que ocupou no decorrer dos anos que, embora tenha levado ao seu fortalecimento como ciência, deixou de lado os contextos sociais e subjetivos dos indivíduos tornando-se uma atuação que beneficia apenas um lado da população e age para a manutenção da racionalidade instrumental e de uma racionalidade de domínio.

Na área da saúde, Dimenstein (2001) cita que ainda precisa-se enfrentar a falta de compromisso dos profissionais com os serviços de saúde, com a humanização das práticas em saúde, com o vínculo e acolhimento aos usuários. Para isso, quando se fala em compromisso

social e ético do profissional, diz-se de abandonar as práticas puramente tecnicistas e intervir de uma maneira que leve em consideração a complexidade do processo de saúde e doença naquele território, compreendendo as diversidades culturais e subjetivas dos indivíduos.

### **3 OS PRINCIPAIS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ARTIGOS**

#### **3.1 Procedimentos**

Com o objetivo de analisar os desafios no campo da psicologia no nível de atenção básica buscou-se compreender os conflitos e desafios resultantes dessa atuação utilizando-se do estudo exploratório, por meio da pesquisa bibliográfica e teórico conceitual que, segundo afirma Gil (2008, p. 50) “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Seguiu-se, dessa forma, a proposta de Gil (2008) através de quatro etapas: a delimitação de fontes, a coleta de dados, a análise e interpretação dos resultados e a discussão dos resultados.

##### **3.1.1 Fontes**

Objetivando encontrar respostas adequadas à solução do problema proposto, a pesquisa bibliográfica foi realizada no portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) com os descritores “atuação do psicólogo”, “atenção básica” e “atenção primária”, uma vez que ambos os termos são utilizados no Brasil. A partir dessa pesquisa inicial foram encontrados 66 artigos ao todo. Como critérios de inclusão foram selecionados os artigos que, em seus resumos, tratassem da atuação do psicólogo no nível de atenção básica de saúde, que fossem redigidos em português e em um intervalo entre os anos de 2015 e 2020. A escolha desse período se deu pela tentativa de observar as consequências das recentes políticas de precarização do SUS e da Atenção Básica e as suas influências na relação do serviço com a psicologia, observando os maiores desafios nesse percurso de transformação. No entanto, sabe-se que se trata de um processo recente ainda em curso e, por isso, aparecerá mais em pesquisas futuras. O trabalho não tem como objetivo promover um estudo no modelo “estado da arte”, mas buscar em algumas produções da área quais seriam os desafios da atuação do psicólogo na Atenção Básica.

Seguindo esses critérios de inclusão, foram selecionados ao todo sete artigos dispostos na Tabela 1. No entanto, por não ter acesso ao documento, o artigo 7 não foi utilizado no processo de pesquisa.

**Tabela 1 - Artigos selecionados no Portal CAPES**

1	ALMEIDA, N. S.; SILVA, R. B. O psicólogo na Estratégia Saúde da Família: possibilidades de atuação e desafios. <b>Revista Mosaico</b> . Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-34, jan/jul, 2019.
2	ALVAREZ, A. P. E.; VIERA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. <b>Revista de Saúde Coletiva</b> . Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290405, 2019.
3	CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. <b>Estudos de Psicologia</b> , v. 20, n. 1, p.31-39, jan/mar, 2015.
4	CHAZAN, L. F.; FORTES, S.; CAMARGO JR., K.; FREITAS, G. C. O apoio matricial na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. <b>Physis: Revista de Saúde Coletiva</b> . Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e.290212, 2019.
5	DUARTE, L. B.; MORAES, T. D. Saúde mental de psicólogos atuantes em serviços de Atenção Primária à Saúde. <b>Estudos Interdisciplinares em Psicologia</b> . Londrina, v. 7, p. 123-146, dez. 2016.
6	FURTADO, M. E. M.; CARVALHO, L. B. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. <b>Revista Psicologia e Saúde</b> . Campo Grande, v. 7, n.1, p. 09-17, jan/jun, 2015.
7	PEREIRA, C. R.; ALVES, A. F. A atuação do psicólogo nas equipes de Núcleos de Apoio à saúde da família. <b>Psicologia em Debate</b> , v. 3, n. 1, nov, 2017.

### 3. 1. 2 Coleta de dados e Análise e Interpretação dos Resultados

A coleta de dados seguiu três etapas, sendo a primeira a leitura exploratória de todo o material selecionado. A segunda etapa consistiu na leitura seletiva do material a partir de três

categorias determinadas de acordo com o referencial teórico anterior, sendo elas: o subfinanciamento de SUS e da AB, a atuação de psicólogos na AB e a formação. Essas categorias foram escolhidas por serem representadas nos referenciais teóricos como desafios frequentes, no entanto, a leitura dos artigos foi realizada para apreender, inclusive, a possibilidade de outras categorias. A terceira etapa, por último, consistiu no registro das informações extraídas das fontes. Por fim, na análise e interpretação dos dados foi realizada a leitura analítica com o objetivo de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, possibilitando a obtenção de questões relacionadas ao problema da pesquisa.

### **3.2 Discussão dos Resultados**

Segundo os artigos, o psicólogo na Atenção Básica não apenas proporciona a prevenção de doenças e a redução de problemas psicológicos e físicos nos usuários, como também funciona como mediador e catalisador dos conflitos internos da equipe. Alvarez, Vieira e Almeida (2019) citam que a presença do psicólogo nesse nível de atenção é essencial para a realização do cuidado integral em saúde, uma vez que torna-se necessária a indissociação entre os problemas físicos e os de saúde mental. Observa-se que os artigos reforçam a importância do psicólogo e do trabalho interdisciplinar para a garantia do cuidado integral ao usuário, de acordo com os princípios doutrinários do SUS.

Em relação à modalidade de serviço, apenas um artigo apresenta a atuação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família (Artigo 1), sendo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família enfocados nos demais (Artigos 2, 3, 4 e 5). Não foram, portanto, destacadas atuações nos Consultórios na Rua em nenhum artigo. A ESF, estratégia criada com o intuito de fortalecer o cuidado multidisciplinar em saúde, é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário, alocados nas Unidades Básicas de Saúde. Embora o psicólogo não faça parte da equipe mínima, a gestão municipal pode exigir a sua presença na equipe, de acordo com as demandas do território (BRASIL, 2011). O NASF, por outro lado, formado por equipes multidisciplinares compostas por, no mínimo, um profissional de saúde mental, fortalecem as ações da Atenção Básica através de um suporte assistencial e técnico pedagógico às equipes de saúde da família. Observa-se, pela prevalência de artigos, que o NASF foi um importante mecanismo de aproximação entre a psicologia e a atenção básica. No entanto, com as atuais políticas neoliberais que ocasionaram o desmonte de várias equipes NASF, essa aproximação se fragiliza.

De maneira geral, o apoio matricial foi destacado como principal ferramenta para a atuação do psicólogo nesse nível de atenção. Alvarez, Vieira e Almeida (2019) englobam ao trabalho do psicólogo na AB discussões de casos ou demandas do território, atendimento e realização de grupos e Almeida e Silva (2019) complementam que podem ser realizadas também visitas domiciliares, atendimentos individuais e o atendimento às demandas internas entre a equipe. Três artigos citam também a importância da construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário. O trabalho do psicólogo, de maneira geral, é apresentado para além da atuação individual, demonstrando a importância da interdisciplinaridade na atuação na atenção primária com a elaboração de grupos, do apoio matricial e da elaboração do PTS.

Observa-se que embora a participação do psicólogo na Atenção Básica seja essencial para a construção de um cuidado integral em saúde, todos os artigos demonstram que ainda há desafios em relação à essa atuação que precisam ser superados. Por motivos de organização, esses desafios foram divididos em três eixos: desafios referentes ao subfinanciamento do SUS e da AB, desafios referentes à atuação do psicólogo e desafios referentes à formação.

### 3.2.1 Desafios referentes ao subfinanciamento do SUS e da Atenção Básica

Um dos desafios sempre comentado em relação ao SUS é a questão da falta de financiamento, que interfere em diversos níveis na atuação profissional dentro dos serviços públicos. Para Almeida e Silva (2019), a falta de infraestrutura para os atendimentos individuais e trabalhos em grupos dificulta o atendimento por não fornecer salas que garantam a privacidade dos usuários. Além desse aspecto, a falta de transporte para os profissionais fazerem o atendimento domiciliar em áreas de difícil acesso interfere na abrangência e descentralização das ações desenvolvidas nesse nível de atenção, dificultando o acompanhamento dos casos em conjunto com as demais equipes da AB conforme prevê a Portaria 154 (BRASIL, 2008). A infraestrutura precária com poucos recursos materiais físicos, tecnológicos e humanos influencia a satisfação com o trabalho e a alta rotatividade dos profissionais.

Um dos temas mais abordados foi a dificuldade de realização de atividades intersetoriais das equipes de Atenção Básica com outros dispositivos da rede, como profissionais do CAPS, CRAS e conselhos tutelares. Essa comunicação é o que garante que ações interdisciplinares sejam desenvolvidas, como a discussão e acompanhamento conjunto de casos. No entanto, segundo Cela e Oliveira (2019), ainda predominam os encaminhamentos e solicitações de pareceres, sem articulação de saberes para a garantia do cuidado integral aos usuários,

prevalecendo o sistema tradicional de referência e contra referência que possui baixa resolubilidade e reproduz relações hierarquizadas e desarticuladas. Esse problema não é resultado apenas da dificuldade dos profissionais compreenderem a abrangência das ações intersetoriais, mas também partem do desafio de constituição de uma rede completa e qualificada (CELA; OLIVEIRA, 2019, p. 36):

Uma vez que a rede esteja defasada os dispositivos disponíveis nela acabam por assumir funções e demandas que não lhes cabiam, abarrotando os serviços que oferecem acesso ao sistema (as equipes Saúde da Família) e pressionando outros espaços a suprirem necessidades das populações atendidas sem precisamente se prestarem oficialmente a este papel.

Torna-se fundamental aqui o papel dos gestores das unidades em compreenderem o papel da atenção primária e os princípios doutrinários do SUS. No entanto, segundo Chazan et al. (2019), predominam ações burocráticas, centralizadas e hierárquicas. Em alguns casos, ou pelos CAPS estarem cheios ou pelo paciente não se sentir à vontade para participar dos grupos, o psicólogo na Atenção Básica faz o acompanhamento individual, acompanhando o usuário que deveria ser atendimento no nível secundário (CHAZAN et. al, 2019). Duarte e Moraes (2016) complementam que o trabalho na AB envolve um grande número de atividades a serem realizadas de acordo com as demandas locais, resultando em uma elevada carga de trabalho, sobrecarregando os poucos psicólogos presentes nesse nível de atenção e dificultando a vinculação com os usuários atendidos. Como consequência, há alta rotatividade e adoecimento dos profissionais (CHAZAN et. al, 2019; DUARTE; MORAES, 2019).

Importante destacar aqui que com a criação do Programa Previne Brasil, muitas equipes NASF foram desestruturadas, diminuindo ainda mais a participação do psicólogo no nível básico em saúde. Almeida e Silva (2019) evidenciam que a não obrigatoriedade do psicólogo nas UBS é um importante empecilho para que grande parte da população brasileira não tenha acesso ao atendimento psicológico. Segundo as autoras, a escassez de psicólogos nas ESFs resulta do fato dessa profissão ser recente, apenas regulamentada em 1964. Além disso, por sua atuação ter sido predominante em outros campos, o número de psicólogos em instituições públicas só aumentou no final da década de 70, concorrendo ainda com psiquiatras e demais profissionais com área de atuação semelhante. No entanto, o fato de ainda hoje a psicologia não ser uma profissão obrigatória dentro da equipe de Saúde da Família, ocupando esse espaço apenas profissionais responsáveis por cuidados mais voltados ao biológico, como médicos e enfermeiros, demonstram como ainda existe uma minimização dos problemas de ordem subjetiva e conseqüentemente uma resistência por parte das famílias e usuários pelo auxílio psicológico (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019). Alvarez, Vieira e Almeida (2019)

apresentam a dificuldade da aceitação dos usuários à intervenção do psicólogo como um dos entraves para o fortalecimento da categoria nesse nível de atenção. Uma vez que indivíduos em sofrimento mental foram historicamente compreendidos como não aptos para a vida em sociedade, esse estigma ainda se mostra presente na sociedade, entre os usuários e até mesmo membros da equipe.

Duarte e Moraes (2019) reforçam que diante dessas questões, ainda há baixa participação da categoria em reuniões organizadas pelo Conselho de Classe e pelo Sindicato. Esses espaços de reflexão e apoio poderiam ser utilizados para a luta por alternativas que garantissem condições melhores de trabalho e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde. Almeida e Silva (2019) salientam a importância de uma nova mentalidade profissional centrada na participação e no compromisso social. Observa-se que esses dois autores, para além da luta pela consolidação das políticas públicas garantidas pela Constituição de 1988, apresentam a importância da luta coletiva e da conscientização do compromisso social do profissional para a transformação da realidade.

### 3.2.2 Desafios referentes à atuação de psicólogos da Atenção Básica

Em relação à atuação dos psicólogos, os artigos apresentaram a predominância de ações desarticuladas com a proposta para esse nível de atenção, com ações individuais e curativistas. Nota-se, no entanto, que embora a psicologia tenha se ampliado para outros campos, muitas vezes ocorre apenas a reprodução de atuações clínicas no campo da saúde pública, resultado de uma falta de clareza sobre o papel a ser desempenhado por esse profissional. Cella e Oliveira (2019) e Furtado e Carvalho (2015) apresentam a dificuldade dos psicólogos em realizarem o trabalho interdisciplinar, prevalecendo ações assistencialistas, demonstrando que ainda há dificuldade na realização de ações que valorizem os aspectos biopsicossociais de cada indivíduo.

Segundo os artigos, a formação ainda reproduz modelos que compreendem a realidade através de dicotomias (mente e corpo), resultando uma psicologia descolada da realidade e biologicista. Aqui observa-se as influências do modelo biomédico na atuação psicológica ao representar a saúde como ausência de doença e estabelecer a eliminação de sintomas como medida central do cuidado (SCHNEIDER, 2015). Alvarez, Vieira e Almeida (2019) acrescentam que essas práticas são, em muitos casos, cobradas pelos demais profissionais da equipe ou pelos gestores, que exigem uma resolutividade rápida e superficial.

Cela e Oliveira (2019) mostram uma contradição em suas pesquisas. Embora os profissionais definam seus trabalhos como interdisciplinares, na maioria dos casos eles se referem a encaminhamentos, organização conjunta de cronogramas e troca de informações sobre casos específicos. Dessa forma, ainda se mantém atuações voltadas para as competências específicas de cada profissional, sem haver uma construção conjunta no processo de saúde dentro da equipe. A interdisciplinaridade, por outro lado, diz respeito ao desenvolvimento de relações que partem da integração entre e dentro das disciplinas, se diferenciando de uma simples troca de saberes. Um dos objetivos do trabalho interdisciplinar é a construção do Projeto Terapêutico Singular, que permite a elaboração conjunta da intervenção ao usuário a partir de suas diversas demandas e com diferentes olhares.

Observou-se também uma desarticulação entre equipes - NASF e ESF -, predominando o encaminhamento de usuários de uma para a outra, sem a permanente comunicação e o matriciamento. Conforme prevê a Portaria 154, caberia ao NASF o caráter pedagógico e o planejamento das ações e execução das atividades em conjunto com as equipes de Saúde da Família. No entanto, apresenta-se nos artigos a realização de atividades desarticuladas (CELA; OLIVEIRA, 2019), demonstrando desafios na articulação em rede dos equipamentos da cidade, dificultando a resolubilidade das ações e garantia de qualidade de vida e autonomia aos indivíduos. Segundo Alvarez, Vieira e Almeida (2019) é comum os profissionais das ESF alegarem falta de tempo para os atendimentos em conjunto e a cobrança por produtividade como motivos para a não realização do trabalho interdisciplinar. Chazan et al. (2019) complementa que também é comum as equipes ESF se sentirem vigiadas, como se as equipes NASF os supervisionassem.

### 3.3.3 Desafios referentes à formação

Em todos os artigos destaca-se que a formação em Psicologia ainda não conseguiu acompanhar as possibilidades de atuação profissional, predominando o estudo para atuações clínicas. Esse é definido como um dos maiores entraves para a presença e consolidação da psicologia dentro da Atenção Básica. Os autores destacam ainda que a maioria das universidades não contemplam em seus currículos a saúde pública, a Atenção Básica e o trabalho interdisciplinar, resultando em futuros profissionais habituados a uma atuação solitária e reducionista. Embora seja um campo de atuação recente quando comparado aos demais, a saúde pública ainda é pouco estudada dentro das faculdades, afastando o psicólogo de um importante sistema de garantia dos direitos dos indivíduos, o SUS. Além disso, os autores reforçam que a maioria dos profissionais que fizeram parte de suas pesquisas não possuíam

capacitação teórica e/ou prática para o trabalho na AB quando iniciaram suas atuações, tendo contato com a teoria apenas por meio de especializações e formações permanentes.

O problema da formação é um debate constante dentro da psicologia e são grandes os fatores que influenciam na priorização das práticas clínicas e individuais, como a abertura do ensino superior para a iniciativa privada resultando na redução do número de disciplinas, a falta de docentes qualificados, a desvinculação da extensão e da pesquisa e falta de articulação com o serviço e com a comunidade (ANTUNES, 2012). Ademais, ainda é predominante no campo da psicologia a compreensão do indivíduo como um sujeito abstrato e a-histórico, resultando em práticas descoladas do contexto social, político, econômico e cultural de cada usuário (DIMENSTEIN, 2000).

Furtado e Carvalho (2015) e Alvarez, Vieira e Almeida (2019) apresentam a escassez de produções científicas acerca do trabalho de psicólogos na Atenção Básica. Esse fator se relaciona com a falta de conhecimento dos graduandos e, em alguns casos, dos próprios docentes sobre o assunto. Chazan et al. (2019) reforça a importância de iniciativas como o PET, que amplia o contato da academia com a prática no serviço e com as demandas da comunidade. Conforme destacam os autores:

[...] necessário se faz que o psicólogo, no contexto da saúde pública, sobretudo no NASF, repense seu lugar de produtor de um saber técnico, saindo do âmbito do profissional de referência para o de ator social, a fim de potencializar sua atuação na nova configuração de saúde, realizando contínua reflexão sobre o modo de atuação praticado, pois compreendermos o papel da psicologia, enquanto ciência e profissão, está para além da simples reprodução de saberes (FURTADO; CARVALHO, 2015, p. 15).

Cela e Furtado (2015), ao apresentarem a necessidade de superação dessa atuação fragmentária que marca a atuação psicológica, não apresentam somente a transformação da psicologia às novas demandas sociais. Para as autoras, os desafios na formação hoje perpassam a constituição da Psicologia como ciência e seu percurso histórico, marcado pela compreensão dicotômica dos fenômenos e pela prestação de serviços individuais de compreensão da subjetividade dos indivíduos de forma dissociada da realidade social e política de cada um destes. As autoras reforçam, dessa forma, não apenas a necessidade de politizar a Psicologia de maneira que a formação garanta que os profissionais compreendam seus papéis enquanto seres que necessitam intervir na sociedade. É preciso também compreender que a constituição da Psicologia perpassa por contradições que influenciam ainda hoje sua prática.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho consistiu em uma pesquisa que tem como pressuposto a compreensão dos desafios que distanciam e aproximam o campo da Psicologia do nível de atenção básica em saúde, apresentando a importância do psicólogo nesse espaço, tanto durante quanto após sua formação. Os resultados obtidos pela análise dos artigos selecionados corroboraram com a hipótese levantada de que ainda há desafios nessa atuação, tanto em relação às dificuldades advindas da precarização do SUS, quanto em relação à atuação profissional e a formação.

Observou-se que o projeto neoliberal vem se desenvolvendo nos últimos anos, resultando no desmonte de políticas públicas que garantiam a participação do psicólogo no nível básico de atenção através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, comprometendo a formação de equipes multidisciplinares e, conseqüentemente, a integralidade no processo de saúde. Esse processo demonstra o fortalecimento ao longo dos anos de medidas que priorizam o modelo biomédico e a divisão da concepção de saúde entre corpo e mente, tornando o psicólogo essencial apenas no cuidado especializado nos níveis de média e alta complexidade. Além disso, a pesquisa demonstrou a dificuldade de integração da AB com a RAS, de modo que as equipes NASF, ESF e de outros serviços como CAPS e CREAS funcionassem por meio da referência e contrarreferência, sem que fosse desenvolvido de fato um trabalho em conjunto. Nesse sentido, reforça-se que o trabalho em saúde não envolve apenas a ação técnica e individual de cada profissional, mas abarca todas as instituições, redes de gestão e serviços de saúde que estejam comprometidos com as necessidades de cada território.

Outro fator observado foi a atuação dos psicólogos na atenção básica ainda voltada para práticas individuais e clínicas, com poucos trabalhos interdisciplinares entre as equipes, corroborando para ações isoladas e fragmentadas. Esse fator foi, por todos os autores, representado como um dos maiores desafios a serem enfrentados, resultado de uma formação que não abrange a saúde pública e a atuação na atenção primária. Embora com a Reforma Psiquiátrica e a criação do SUS, o psicólogo tenha ocupado cada vez mais espaço nesse campo, o resultado da pesquisa demonstrou que a formação em psicologia ainda não conseguiu incluir totalmente em seus currículos um conceito mais ampliado de saúde integrando o biológico ao social. Observa-se também a necessidade de compreensão da formação para além da lógica profissionalizante, mas como um processo complexo de conhecimento e transformação do social. Ademais, ainda predomina o ensino de atuações clínicas, deixando de lado outras formas de atuação como o trabalho interdisciplinar. Nota-se, dessa forma, que apesar da Psicologia e suas diversas abordagens terem se desenvolvido visando superar as suas dicotomias, como a

noção de objetividade e subjetividade, esses desafios ainda não foram totalmente superados. Isso porque esse campo do conhecimento ainda se desenvolve em uma sociedade que valoriza a lógica de conhecimento positivista, setorializada e liberal. Nesse sentido, observou-se que as atuações dos psicólogos ainda se apresentam centradas na compreensão do indivíduo desvinculado do contexto social e da sua relação com o mundo. Como consequência, predominam-se práticas tecnicistas em detrimento de práticas que levem a conscientização e autonomia dos usuários.

Embora os artigos se complementem na apresentação dos desafios na atuação dos psicólogos na atenção básica, nota-se que esses desafios são apresentados de forma isolada, sem contextualizar e relacionar a atuação profissional com os aspectos políticos e históricos de desenvolvimento desse campo. Uma vez que o processo de saúde é dinâmico e determinado de acordo com o contexto histórico e cultural de cada época e lugar, compreender os desafios implicados na atuação do psicólogo na saúde pública e principalmente na atenção primária, envolve analisar tanto o projeto político-econômico da época como também os desafios presentes na constituição da psicologia como ciência, compreendendo que as dificuldades presentes hoje são resultados da maneira como a psicologia se desenvolveu ao longo dos anos.

Essa análise isolada dos desafios parte também de uma dificuldade que se faz comum em todos os eixos: a elaboração de projetos coletivos. Observa-se com a leitura dos artigos um número crescente de psicólogos desanimados com as condições de trabalho e, por outro lado, cada vez menos movimentos de luta por melhoria de políticas públicas. Nesse sentido, pouco é discutido a necessidade de luta coletiva dos psicólogos enquanto categoria e em conjunto com outras profissões, seja dentro de sindicatos ou de instituições. Da mesma forma, observa-se também que os artigos reforçam a necessidade de ampliação dos currículos em psicologia para contemplar disciplinas que englobem a saúde pública e atenção básica, porém é preciso para além disso, que essa formação seja compreendida para além da lógica profissionalizante e que os psicólogos sejam formados de forma crítica compreendendo seu papel enquanto transformador social. É necessário, principalmente nas disciplinas que envolvam a saúde, que a formação contemple a interdisciplinaridade, ou seja, que esse movimento seja pensado em conjunto com outros campos de saber e que sejam valorizados os trabalhos em equipe para que a integralidade seja alcançada.

A pesquisa, no entanto, tem suas limitações por abarcar um período de grandes transformações nesse campo de atuação, com a nova versão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e o Programa Previne Brasil que flexibilizam a utilização dos recursos federais transferidos para a saúde da família, ficando a cargo da gestão local a possibilidade de compor

equipes de AB de acordo com as necessidades do território. Embora a pesquisa tenha tido como intuito observar esse período de transição, de maneira que pudesse apresentar os novos desafios para a psicologia nesse nível de atenção, apenas um artigo evidenciou o movimento de precarização da AB e a desestruturação das equipes NASF. Cabe, portanto, aos futuros pesquisadores o constante debate sobre a psicologia e a atenção básica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do SUS: breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z. N. **Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015. p. 17-40.
- ALMEIDA, N. S.; SILVA, R. B. O psicólogo na Estratégia Saúde da Família: possibilidades de atuação e desafios. **Revista Mosaico**. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 29-34, jan/jul, 2019.
- ALVAREZ, A. P. E.; VIERA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-17, 2019.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, M. A. M. **A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.
- ANTUNES, M. A. M. A psicologia no Brasil: um ensaio sobre suas contradições. **Psicologia: Ciência e profissão**, n. 32, p. 44-65, 2012.
- BOCK, A. M. B. A psicologia Sócio Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B. GONÇALVES, M. G. M.; ODAIR, F. (Orgs.) **Psicologia Sócio Histórica: uma abordagem crítica em Psicologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p.15-35.
- BOCK, A. M. B. Formação do Psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 17, n. 2, p. 37-42, 1997.
- BOCK, A. M. B. A psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.
- BOING, W.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**. São Paulo, p. 634-649, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10. 216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n° 154**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, out. 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional n° 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CASTAÑON, G. A. Psicologia como Ciência Moderna: vetos históricos e status atual. **Temas em Psicologia**. Minas Gerais, v. 17, n.1, p. 21-36, 2009.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M (Org). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.73-94.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p.31-39, jan/mar, 2015.

CHAZAN, L. F et al. O apoio matricial na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, dez, 2001.

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

DIMENSTEIN, M. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 232-245, 2012.

DUARTE, L. B.; MORAES, T. D. Saúde mental de psicólogos atuantes em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. Londrina, v. 7, p. 123-146, dez, 2016.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M (Org). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FIGUEIREDO, L. C. M. Constituição do espaço psicológico. In: FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do pensamento psicológico**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, p. 13-25, 2008.

FIGUEIREDO, L. C. M.; SANTI, P. L. R. **Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência**. 3. ed. São Paulo: EDUC, 2010.

FIGUEIREDO, L. C. M. Os lugares da Psicologia. In: FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos**. 8. ed. Editora Vozes, p. 32-56, 2015.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013.

FURTADO, M. E. M.; CARVALHO, L. B. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 7, n.1, p. 09-17, jan/jun, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUARESCHI, N. M et al. Currículo de Psicologia, a Psicologia Social e a Formação para a Saúde Coletiva. **Revista Psicologia e Saúde**. Mato Grosso do Sul, v. 2, n. 2, p. 1-11, jul-dez, 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>

JACÓ VILELA, A. M. História da Psicologia no Brasil: uma narrativa por meio de seu ensino. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Rio de Janeiro, v. 32, p. 28-43, 2012.

LISBOA, F. S.; BARBOSA, A. J. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Juiz de Fora, v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009.

MARTÍN BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estudos em Psicologia**, v.2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MASSINI, M.; CAMPOS, R. H.; BROŽEK, J. Historiografia da psicologia: métodos. In: FREITAS, R. H. (Org.) **História da psicologia: pesquisa, formação, ensino**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 21-58.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr., 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov., 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: diretrizes do NASF. Brasília, n. 27, 2009.

MOTTA, A. C.; CARVALHO, W. M. E. Psicologia e Políticas Públicas em Saúde: a psicologia no SUS - reconhecer potencialidades e aprimorar competências. In: POLEJACK, L. et al. (Orgs.). **Psicologia e Políticas Públicas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 77-95.

MOROSINI, V. G.; FONSECA, F. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n.116, p. 11-24, jan/mar, 2018.

NETO, J. L. F. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n.78/79/80, p. 18-26, jan/dez, 2008a.

NETO, J. L. F. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Belo Horizonte, v. 21, p. 110-118, 2008b.

NICÁCIO, M. F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

PAIM, J. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PEREIRA, C. R.; ALVES, A. F. A atuação do psicólogo nas equipes de Núcleos de Apoio à saúde da família. **Psicologia em Debate**, v. 3, n. 1, nov, 2017.

PESSOTTI, I. Entre o fascínio do passado e o enigma do futuro. **Margem - Revista da Faculdade de Ciências Sociais**. São Paulo, EDUC, n. 5, 1992.

PIRES, A. C. T. **Psicologia e rede básica de saúde**: tendências curriculares e características de atuação profissional. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2006.

PIRES, A. C. T.; BRAGA, T. M. S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009.

POLEJACK, L. et al. Atuação do Psicólogo nas Políticas Públicas de Saúde: caminhos, desafios e possibilidades. In: POLEJACK, L. et al. (Orgs.). **Psicologia e Políticas Públicas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p.97-126.

ROZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia, Ciência e profissão**, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006.

SANTOS, K. L.; QUINTANILHA, B. C.; DALBELLO-ARAÚJO, M. D. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**, p. 181-196, 2010.

SCHNEIDER, D. R. Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: MURTA. S. G. et. al. (Orgs.). **Prevenção e Promoção em saúde**

**mental:** fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção. Novo Hamburgo: Sinopsys, p.34-53, 2015.

SILVA, A. C.; BRUSCATO, W. L. A educação continuada para o psicólogo da saúde. In: BRUSCATO, W. L.; FREGONESE, A. A.; BRAGA, A. P. S. et al. (Orgs.). **A psicologia na saúde:** da atenção primária à alta complexidade. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 2012. p.365-384.

SOALHEIRO, N.; MARTINS, D. Atenção Psicossocial e a (Des)institucionalização como Eixo do Cuidado. In: **Saúde Mental para a Atenção Básica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SOARES, A. R. A Psicologia no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, p. 8-41, 2010.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, B. (Org.). **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, p. 19-42, 2002. p. 19-42.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em estudo.** Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, dez, 2001.

VAZ, A. M. A.; WICHROWSKI, V. C. Papéis do psicólogo no consultório de rua. In: POLEJACK, L. et al. (Orgs.). **Psicologia e Políticas Públicas de saúde.** Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 173-198.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 30-37, jan/abr., 2007.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. Política social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. especial, p. 9-24, 2010.

ZURBA, M. C. Trajetórias da Psicologia nas políticas públicas de saúde. In: ZURBA, M.C. **Psicologia e Saúde Coletiva.** Ed. Tribo da Ilha, pg. 25-37, 2012.

WHO (World Health Organization). **Constituição da Organização Mundial de Saúde.** Genebra, 1947.