

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CENTRO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS
PÚBLICAS – CREPOP

**REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
(versão preliminar para consulta pública)**

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheiro Federal Responsável

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa

Especialistas

Ana Maria Pereira Lopes

Cristal Oliveira Moniz de Aragão

João Leite Ferreira Neto

Luis Vagner Dias Caldeira

Brasília

2019

INTRUTIVO PARA PARTICIPAÇÃO NA CONSULTA PÚBLICA

1. Após baixar, leia a versão preliminar do texto destinado à consulta pública;
2. Acesse o link do formulário no Goole Forms (<https://forms.gle/wsnqogT1WHTBwEe1A>);
3. Faça suas contribuições ao documento no formulário, considerando cada eixo que organiza a Referência Técnica;
4. A consulta pública ficará no ar em um prazo de 30 dias – de 29/05/19 à 29/06/19;
5. Após o término do prazo, todas as contribuições ao texto preliminar serão enviadas à comissão de especialistas que trabalhará para a construção da versão final para publicação.

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

INTRODUÇÃO

*Brasil chegou a vez
De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, Malês
Samba da G.R.E.S. Estação Primeira de Mangueira de 2019*

A construção da Psicologia brasileira tem se deparado com duas questões estruturantes: que Psicologia fazemos? Para quem fazemos? Colocar em perspectiva o saber de um ponto de vista político significa entender que as nossas escolhas têm consequências para o exercício não apenas da prática psicológica cotidiana individualmente, mas um impacto sobre como o conjunto de psicólogas(os) está contribuindo para promover processos de transformação que apontem para menos sofrimento e menos desigualdade em nosso país. Compreender nosso papel em diminuir desigualdades e compor na construção da dignidade e cidadania é uma reflexão importante na América Latina, como apresenta o trabalho de Martín-Baró (1996).

Esses questionamentos nos colocam no panorama da construção da Psicologia no Brasil, que durante muito tempo copiou e aplicou teorias produzidas a partir de outros contextos, salientando o lugar de colonizados que temos diante de outros países. A discussão sobre o compromisso social da Psicologia é uma questão importante para a maneira como a América Latina como um todo tem pensado o fazer psicológico. Essa dimensão política implica que é preciso pensar não somente que todas as nossas ações são políticas, como também que estas possuem diferentes alcances. A capacidade de capilarização de nossas ações depende do grau com que possamos trabalhar em colaboração com outras pessoas e com usuários do sistema de saúde, abandonando ações baseadas em assistencialismo e filantropia, que ampliam os abismos entre profissionais e atendidos, e ignoram saberes importantes que circulam nesses espaços. Essa capacidade de infiltração também depende do lugar onde a ação se desenvolve: falamos para os nossos, ou buscamos construir com a diferença?

A Psicologia foi e continua sendo afinada com a prática do profissional liberal, de clínica privada como traz a discussão de Yamamoto (2007). Isso se expressa também numa pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) ao DIEESE, que demonstra que 42% das(os) psicólogas(os) trabalham por conta própria (DIEESE,

2016). Sabemos que as(os) psicólogas(os) brasileiras têm trabalhado para mudar esse quadro, trazendo para a baila a discussão do campo da Psicologia na sua relação com outros espaços de conhecimento. A dificuldade em compor equipes interprofissionais e a construção de respostas individualizantes para problemas que possuem grandes raízes sociais são alguns dos sintomas que comprovam isso. Vamos discutir nesta Referência Técnica tentativas de promover rachaduras nesse esquema.

Nesse sentido, a relação entre a Psicologia e a saúde no âmbito da Atenção Básica (AB) é profundamente nova; é uma área em formação, seja por cronologia – a portaria que define a atuação do Núcleo de Saúde da Família (NASF) foi publicada em 2008 – seja por assentar um modo efetivamente diferente de entender o lugar da(o) psicóloga(o) e sua relação com o trabalho. Sobre esse assunto, Böing e Crepaldi (2010) apresentam uma análise dos documentos de legislação federal sobre a AB e observam que a(o) psicóloga(o) é citada em 14 dos 964 documentos. As autoras concluem sobre a importância dessa(e) profissional para o sistema, apontando para a necessidade de uma presença mais consolidada nos níveis primário, secundário e terciário. Dimenstein e Macedo (2012) mostram dados impressionantes da escalada de presença das(os) psicólogas(os) no SUS, que eram 723 em equipes de saúde em 1976; passaram para 3.671 em 1984 e em 2012 chegamos a mais de 40.000. Agora, a pergunta que não cala é: o que estamos fazendo? Como estamos trabalhando nesse sistema? Vamos buscar responder essa pergunta e construir diretrizes para modos de trabalho ao longo deste texto.

A relação que o campo da Psicologia estabelece com a saúde coletiva, empurra nosso saber a construir um cuidado integral em saúde, como as Conferências sobre a saúde têm pensado à nível nacional e internacional desde o século XX. A organização das ações desde a Promoção de Saúde até as intervenções a nível terciário em espaços muito especializados nos leva a refletir sobre que formas de fazer psicologia estão afinadas a essas práticas. A reflexão feita por Dimenstein (1998) sobre o trabalho da Psicologia no campo da saúde aponta como sua construção reflete a necessidade de reserva de espaços de trabalho e enfrenta uma transferência de práticas clínicas individuais sem se importar com as formas de trabalho e o sentido desses serviços de saúde. Ela ressalta como a formação está voltada para as necessidades e problemas vividos por alunos e professores

nas universidades, pessoas em geral brancas e de classe média que não consideram que a grande massa dos grupos atendidos no sistema público escapa a esse perfil.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica, que ganha corpo no Brasil desde os anos 1970, foi uma grande transformadora das práticas em Psicologia, pois colocou uma nova agenda de cuidado em saúde mental, buscando construir saídas para as pessoas institucionalizadas nos manicômios, e com isso criou serviços substitutivos que propunham uma lógica mais integrada e interprofissional de cuidado (DIMENSTEIN e MACEDO, 2012). Além disso, é pela Reforma Psiquiátrica que um grande número de psicólogas(os) ingressam no campo da saúde no Brasil, popularizando o saber-fazer da Psicologia e proporcionando uma transformação da prática individual para uma prática voltada para a compreensão integral dos sujeitos. Essa relação com o campo da saúde coletiva e as políticas públicas colocaram questões para os lugares que psicólogas(os) poderiam ocupar na rede de saúde. A formulação das Políticas de Saúde Mental como resultado da luta de trabalhadores e usuários, bem como a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) foram conquistas que tiveram grande participação de muitos profissionais da saúde. O NASF e a proposta do matriciamento foi um deles. Assim, podemos afirmar que se trata de um campo novo de atuação e construção da Psicologia, mas que possui raízes em práticas mais antigas e se associou a discussões mais amplas a fim de definir um escopo de trabalho.

Na Reforma Psiquiátrica a questão do sofrimento mental grave e persistente dirigia os encaminhamentos. A criação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e de seus equipamentos, como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e residências terapêuticas é uma expressão disso. Esses processos, anteriores ao NASF, os colocava na função de matriciamento da Atenção Primária à Saúde (APS), e até hoje possuem função importante para tratamento. Alguns autores tentam fazer distinções de tratamento de transtornos mentais leves e moderados pela APS e graves e persistentes pelo CAPS, mas essa divisão não encontra um respaldo evidente nos documentos das Políticas, nem nas atividades práticas, pois a APS e o CAPS podem funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde, embora a coordenação do cuidado deva ser da APS, como estabelecem seus princípios. Portanto, experiências que envolvem matriciamento em saúde mental, ou seja, um trabalho de apoio que visa integrar a atuação do profissional psi de acordo com

demandas das necessidades de saúde emergentes na Atenção Básica, – que não é somente função do NASF – possuem raízes mais antigas, que contribuíram para chegar a essa maneira de funcionamento.

Trabalhos que discutem a questão da integração da saúde mental com a APS datam desde a década de 1990, como o de Lancetti (2000), que discute o programa experimental QUALIS de cuidado em saúde mental com a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Santos. Botti e Andrade (2008) apresentam experiências similares no interior de Minas Gerais; Pinto et. al. (2012), Casé (2000), e Moraes e Tanaka (2012) trazem outras iniciativas desenvolvidas em Pernambuco e no Ceará, apresentando dificuldades e pontos positivos da integração dos serviços de saúde mental na APS.

Os estudos citados acima trazem tanto a dificuldade de construção do trabalho em equipe, quanto questões relacionadas às profissões, se debruçando em entender seu lugar nesse sistema. No que tange à Psicologia, sublinha-se a importância de considerar que o trabalho no SUS não pode ser uma mera adaptação de práticas clínicas individuais à rotina desse sistema, mas exige uma grande rotação da maneira como se constrói esse fluxo de trabalho, o modelo de atendimento aos sujeitos e a postura da Psicologia diante de si – inserida numa equipe NASF – e das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que matricia.

A proposta da Psicologia se localizar na AB no âmbito do NASF, compondo o conjunto de políticas que constroem o SUS, foge ao escopo do que tradicionalmente se aprende no curso de graduação. Possuímos poucas referências para lidar com essa dificuldade. E essa Referência tem como um de seus objetivos chamar a compor a rede, entendendo a teoria e as práticas envolvidas nesse processo.

Este modelo de atuação visa responder a críticas expressivas sobre a forma como temos nos colocado nos serviços de saúde, marcada por análises que apontam que o trabalho da Psicologia é voltado para concepções biologizantes e mecanizadas da vida, pautadas por diagnóstico e prescrições engessadas dos modos de existência, construídas a partir de uma atuação individualizada e verticalizada. Isso tem resultado no oferecimento de práticas pouco variadas, relacionadas às queixas e preocupadas somente com a remissão de sintomas (DIMENSTEIN e MACEDO, 2012). Nós podemos fazer muito mais do que isso, e objetivamos com esse texto oferecer maneiras de construir uma presença mais engajada às pessoas e à proposta de cuidado do SUS.

Na AB trabalhamos com casos de alta complexidade e com isso existe o debate entre chamar esse campo de conhecimento de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA, 2018). Neste nível de cuidado as necessidades de saúde utilizam tecnologias leves para o cuidado, lançando mão de tratamentos que envolvem questões mais prevalentes e comuns. Mesmo sendo menos graves do ponto de uso de equipamentos tecnológicos, são profundamente complexas, na medida em que envolvem pessoas, instituições, problemas sociais de ordem variada e interconectados a problemas de saúde que exigem atenção de uma rede maior do que a saúde. Isso exige dos profissionais uma formação e preparo para lidar de forma criativa com essas situações que são muito mobilizadoras e desafiantes (KLEIN, 2015).

Diante do exposto, esta Referência Técnica tem como objetivo demarcar e defender o espaço da ABS como lugar privilegiado e importante para a inserção de psicólogas(os), que com suas práticas tem muito a oferecer para melhoria das condições de saúde da população. Desse modo, o texto se desdobra em quatro eixos: *1. Dimensão ético-política da relação entre Psicologia e Atenção Básica à Saúde*, onde é oferecido uma reflexão ética e política dessa interface, analisando criticamente o lugar da Psicologia nesses espaços, delineando assim os compromissos assumidos pela profissão; *2. Psicologia e a área em foco*, que busca trazer as contribuições que a Psicologia enquanto ciência e profissão oferece para o fortalecimento da referida política pública e que subsidiam o fazer da Psicologia nesse espaço; *3. Atuação da Psicologia na Atenção Básica à Saúde*, momento em que discute as práticas desenvolvidas pelas(os) psicólogas(os) nos serviços específicos, sua atuação em Rede e em equipe multiprofissional; e por fim *3. Gestão do trabalho das(os) psicólogas(os) no SUS*, com discussões acerca das condições de trabalho, organização dos processos de trabalho e limites e dificuldades encontradas pelas(os) profissionais na sua atuação.

É importante ressaltar que essa Referência Técnica é produto de uma pesquisa realizada em 2008 (CFP, 2008) pelo Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) no âmbito de todos os Conselhos Regionais de Psicologia, responsáveis pela condução da coleta de dados em todo o país. Tais dados são trazidos ao longo deste texto. Todavia, estes dados denotam um determinado momento histórico do campo da Atenção Básica onde a Psicologia desenvolvia suas práticas. Esta comissão fez

um esforço de dialogar esses dados com produções mais atuais do referido campo, em uma tentativa de esboçar os possíveis avanços e/ou retrocessos dessa política pública e suas implicações na atuação da Psicologia.

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

EIXO 1: Dimensão ético-política da relação entre Psicologia e Atenção Básica à Saúde

Por uma ética das práticas de saúde, historicidade como possibilidade de reflexão

O trabalho na Atenção Básica em saúde requer dos profissionais que dela participam, dentre os quais se inclui de modo muito especial a(o) psicóloga(o), conhecer sobre os acontecimentos que marcam a história de sua constituição. É a partir de elementos históricos que se pode ter visibilidade de uma dinâmica impressa tanto no estabelecimento do marco legal de funcionamento desses espaços de atenção, como na própria instalação de serviços. Ainda que seja bem corrente a ideia de que a saúde seja considerada como um direito no país em consonância com a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, é partir da história que se pode alcançar sensibilidade para avaliar as barreiras colocadas nos discursos, práticas e também nas legislações para que esse direito seja alcançado pela maior parte da população do país.

Entende-se que a historicidade do campo da saúde permite conhecer a teia de morais e regramentos apregoados, ao longo da história, sobretudo ao como se estabeleceu esse campo na Sociedade Ocidental. A Atenção Primária se coloca como uma lógica (ou moral) que tenta mudar a história de lógicas anteriores, mas não sem se enfrentar interesses presentes no campo da saúde. Na linha do que indica Vázquez (1978), para o estudo da ética, é conhecendo-se aspectos da historicidade de moralidades presentes no campo da saúde, que se pode ter reflexão sobre as fissuras colocadas para o campo da saúde, e de modo especial, colocadas para a Atenção Básica. Desse modo, a reflexão ética sobre a prática da(o) psicóloga(o) na Atenção Básica, mais do que envolver a ética profissional propriamente dita, precisa ser precedida pelos problemas relativos ao processo de construção das práticas de cuidado, os princípios que foram colocados para o Sistema de Saúde e a consideração dos direitos do usuário.

Em passos largos na história, e sem intencionar localizações, há para saúde diversas conceituações: a de bênção divina, quando saúde era destino conferido por Deus, sobretudo na Idade Média; capacidade de trabalhar nas fábricas, quando saúde se referia à potência de trabalho no ritmo da indústria emergente em etapas pré e pós modelo

industrial de produção; e ausência de doenças, quando um acúmulo de conhecimentos sobre as afecções passou a ser central nas práticas com os desdobramentos da microbiologia (BOTH, 2013).

É na esteira dessas diferentes considerações sobre saúde em diferentes momentos da história que no século XX ocorreu uma transnacionalização do setor e uma estatização das práticas em saúde, o que acrescentou elementos novos à história das práticas sociais em saúde e sua consideração. Naquele século com grandes transformações, sobretudo no pós Segunda Guerra, constituiu-se a ideia de que caberia aos Estados instalar instituições responsáveis pela saúde da população, como um tipo de “para-choque” entre os conflitos advindos da dimensão capital produtiva e os efeitos do trabalho produzido na vida das pessoas. A estatização do setor tem seu marco na designação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, de saúde como o “mais completo bem-estar, físico, mental e social”, texto muito conhecido, mas que nem sempre informa a finalização desse trecho: saúde “a ser perseguida pelos Estados” (LOPES, 2016).

Uma problematização sobre essa presentificação do Estado perante a população deixa saltar à vista que tal responsabilização não se dá sem paradoxos com efeitos para a constituição do *ethos* da Atenção Básica, aqui foco de interesse. Nos anos de 1950 e 1960, a estatização da saúde encaminhada por organismos da Organização das Nações Unidas (ONU) coexistiu com o modelo preventivista. Tal modelo, como designou Sergio Arouca, tratava-se de um grande dilema, pois a saúde que fora indicada como responsabilidade de nações, se vê em relações apertadas atendendo a exigências do que se pode dizer um financeirismo ou indústria da saúde. Arouca (1975)¹ indicou que o preventivismo, que aparentemente pregava o desvio de doenças, em verdade, afirmava o caráter individual da doença das pessoas, desviando-se da amplitude dos fenômenos, que envolveria as condições concretas de vida em um adoecimento. Tal miopia epistemológica, em maior escala, colocou o Estado a dar guarida a uma concepção liberal de sustentação a uma

¹ O autor, um dos responsáveis pela organização da 8ª Conferência de Saúde no Brasil, a partir de sua tese de 1975, desenvolveu uma problematização sobre o preventivismo, dando origem a um livro de mesmo nome: “O dilema preventivista”. Contudo, ainda que tal problematização seja na consideração do que seja o preventivismo, as críticas ao preventivismo colocadas não alcançou transformações na presença e força que esse discurso tem no setor saúde.

centralidade da prática da medicina, com fazeres advindos de insumos da indústria farmacêutica, equipamentos e tecnologias em saúde.

Ao longo do século XX, o Brasil se viu diante da condição de se estabelecer como nação, por meio da agricultura, na primeira metade do século, quando foram necessárias as primeiras e centrais medidas de Estado no campo da saúde pública, por meio do sanitarismo campanhista (LUZ, 2000). Já nos anos de 1950, impulsionado por uma incipiente indústria, o país teve acrescentado ao sanitarismo campanhista a lógica hospitalar da indústria da saúde. Digno de nota é que já existiam nesse período mobilizações para um setor saúde regionalizado e de responsabilidade do Estado, por meio da III Conferência Nacional de Saúde, antes da ditadura, que em 1963 indicara regionalização, responsabilização dos municípios e uma noção de saúde ampliada, sem centralidade em medicamentos. Contudo, com a Ditadura Militar, que se instalou em um alinhamento com EUA, em 1964 e anos seguintes, em face do conflito mundial de polarização estadunidense com a URSS, a Guerra Fria, ocorreu um solapamento das tentativas progressistas que vinham ocorrendo no país em crescimento e desenvolvimento no pós-Guerra.

Com a tomada do país por forças militares, ocorreu uma minimização da responsabilização do Estado na execução de políticas públicas em geral e de saúde, em particular. Exemplo disso é que a responsabilidade do Estado com relação à saúde nesse período, de acordo com a Constituição de 1967, diz respeito a tão somente estabelecer planos nacionais e normas, mas não execução de políticas públicas. Setores da saúde foram entregues à exploração de interesses privados, sobretudo setores hospitalares, com financiamento público a fundo perdido. No tocante ao ensino sobre saúde, foi retomado o modelo apregoado por Abraham Flexner, com foco na doença em sua forma individual do início do século XX. Muitas epidemias, que já haviam alcançado controle, retornavam – resultado do abandono da saúde pública, com uma estratégia sem precedentes de medicalização social (DA ROS, 2006).

Observe-se aqui que o modelo de saúde pública brasileiro, que se encontrava em início de construção de modo mais abrangente, teve suas bases destruídas e abandonadas ao longo do período ditatorial. E mais do que isto, fora interrompida tal construção e teve-

se a retomada do modelo campanhista do início daquele século com articulação a um complexo médico hospitalar, e tudo isso sob os auspícios do regime ditatorial.

Sobre a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

Foi num cenário de um gradual afrouxamento da ação do regime militar sobre as relações sociais e as manifestações da população, que foi organizado o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) no Brasil. Tal movimento fora inspirado em outros semelhantes ocorridos na Europa (DA ROS, 2006) e ocorria em um contexto de defesa transnacional da retomada da democracia em países latino americanos, inclusive por parte dos EUA que já se viam mais distante da polarização contra a então URSS (MACEDO, 1997).

O MRS retomou, de certa forma, o ideário da Medicina Social do século XVII, que já considerava a saúde como responsabilidade do Estado e com profundas relações com as condições econômico-sociais. Além disso, num cenário em que ainda se colocava a ditadura militar no país, mas com alguma possibilidade de manifestação popular, somaram-se a OMS, as forças da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) para compor ações voltadas para o setor saúde, vislumbrando-se o desenvolvimento econômico do país. Ou seja, havia uma nova convocação, em esferas mais amplas para que países como o Brasil revisassem seu setor saúde, como uma função de Estado (DA ROS, 2006).

Resultado da movimentação política do MRS foi sua participação na Conferência de Alma Ata, em 1978, na cidade de mesmo nome, na então União das Repúblicas Socialistas e Soviéticas, trazendo para os próximos períodos do país a ideia da Atenção Primária como alternativa ao modelo biomédico. Tal movimentação influenciou decisivamente a formatação e deliberações da VIII Conferência Nacional de saúde, ocorrida em 1986, com participação da sociedade (LUZ, 2000).

É com os resultados da VIII Conferência Nacional da Saúde que foi possível a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), dois anos depois, por meio da Constituição de 1988, que ganhou organização legal em 1990. Isso colocou o Brasil como um país a considerar saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ocorrer sob os princípios da integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização

dos serviços. E ainda com responsabilidade pelos níveis de gestão municipal, estadual e federal (BOTH, 2013).

A regulamentação dos princípios do SUS, por meio da Lei 8080/90, permitiram deslocamentos decisivos para o acesso e para a concepção do que seja saúde. Especificamente sobre o alvo de interesse aqui, a Atenção Básica, a integralidade e, por seu turno, a Psicologia, vale destacar que **apenas com os princípios do SUS foi possível de se ter estabelecido o campo da Atenção Primária em Saúde e, ao mesmo tempo, a possibilidade de consideração, na forma da lei, dos fenômenos psicológicos no SUS como um todo.**

A ideia de saúde ampliada, que levou a consecução do princípio da integralidade, foram novidades que trouxeram uma nova condição normativa para o setor saúde e seus *ethos*. Com a integralidade, passou a ser possível a consideração das significações sociais que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, bem como foi possível ultrapassar modelo biológico como central, o desvio da individualização e patologia, a ampliação de práticas para além da “presença de doença” e até mesmo a problematização da medicalização da vida cotidiana e horizontalização do que sejam práticas saudáveis.

Os avanços, no plano da lei, para o setor saúde, e que de modo mais amplo instalou o que veio a ser a Atenção Básica, foram condições de possibilidade, como diria Michel Foucault (1979/2007), para uma ruptura nos processos discursivos e de práticas no tocante à saúde da população. No caso específico da Atenção Básica, a ruptura pode ser considerada ainda mais ampla, pois inscreve um campo de práticas na contramão da lógica hospitalocêntrica, empreendida a partir da microbiologia de Louis Pasteur e fortalecida no período de grande desenvolvimento econômico brasileiro do final da primeira metade do século XX. A ruptura promovida pela ideia de Atenção Básica aqui indicada também pode ser vista na instalação de práticas na contramão de lógicas excludentes advindas das premissas higienistas de Frederick Pinel e com a classificação e ou identificação de suspeitos de “doenças mentais. Contudo, o que se viu como seguimento, nos primeiros anos de SUS, foi uma parca mudança na institucionalidade de serviços que alcançassem essa ruptura, sobretudo na Atenção Básica, apesar dos avanços na lei.

Sobre o início da instalação da Atenção Básica

Anteriormente à Constituição Federal, a ideia de Atenção Básica, designada mundialmente de Atenção Primária, como já indicado antes, já tinha circulado como possibilidade entre atores do setor saúde brasileiro, a partir da Declaração de Alma Ata, em Conferência Mundial de Saúde, em 1978, ocorrida em Alma Ata. Naquele momento, a atenção primária já era considerada mudança radical a ser instalada em países que quisessem alcançar níveis bons de manutenção e potencialização da vida, tal qual indicou seu texto final:

Primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Ainda sob o eco de Alma Ata e de outras importantes Conferências Mundiais de Saúde, e também dos Princípios do SUS, a Atenção Básica passou cada vez mais a ser considerada o espaço no setor saúde que mais poderia açambarcar fenômenos que se pudessem ser abordados integralmente. A Atenção Básica seria o espaço de aprendizagens de toda ordem sobre como um adoecimento pode ser multifacetado fenomenologicamente. Na Atenção Básica, o que seja biopsicossocial poderia deixar de ser apenas retórico. Todavia, paralelamente a isso, a Atenção Básica teve grandes obstáculos em transpor os interesses econômicos já bem alinhavados e também o imaginário social constituído ao longo daquele século sobre saúde.

Ressalte-se, ainda, que o setor saúde previsto na Carta Magna, e que tem no seu texto como condicionante a economia, deixou possível a complementaridade do setor privado dentre seus princípios organizativos, o que levou a serem muito tímidas as mudanças no setor saúde como um todo. Ao longo dos anos de 1990, mudanças no setor de saúde se fizeram de modo muito tímido. No caso da Atenção Básica, em face da composição transnacional preventivista, sua instalação e financiamento se deram de maneira primária pífia; e quase do mesmo modo a atenção médico hospitalar, que também seria de acesso universal, mas também seletiva, ficou dividida para públicos pagantes ou

com planos de saúde. Ou seja, uma atenção à saúde seletiva de modo mais geral, que no caso da Atenção Básica ficou direcionada como uma saúde para pobres (LOPES, 2016).

Algo próximo da Atenção Básica já vinha ocorrendo desde a década de 1980, em condições precárias em situações localizadas como no semiárido do Ceará, por meio do estímulo a programas como os de Agentes Comunitários de Saúde. Ou ainda, por meio dos então chamados de postos de saúde, localizados em regiões com grandes problemas de saúde, servindo de espaços de abastecimento de vacinas, leite e alguns medicamentos, mas sem equipes de trabalho. Contudo, a Atenção Básica com seus primeiros anos de instalação ocorreu a partir de 1994 como um programa pontual, Programa de Saúde da Família (PSF), com financiamento do Banco Interamericano Regional de Desenvolvimento, que colocava como condição a sua seletividade em termos de rol de serviços oferecidos e população coberta. A parametrização da política econômica interferiu diretamente nas bases da instalação da Atenção Básica naqueles primeiros anos, quando esse nível de atenção proposto se manteve sob a sombra do modelo biomédico centrado em grandes hospitais (LOPES, 2016).

A Atenção Básica foi oficializada como nível de atenção em saúde, organizada de maneira territorial, apenas em 1997, por meio do documento “Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”. Com ele é marcada a passagem à designação de “programa” de saúde da família para “estratégia”. Buscava-se com isso que suas ações não fossem verticais nem paralelas às demais ações dos serviços de saúde, mas integradas ao sistema a promover a “organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997 p. 8). Aqui, a Atenção Básica ganhava alta densidade relacional, como diz Merhy (2002), pois tinha tarefas de acompanhar, longitudinalidade, a complexidade da dimensão biopsicossocial do fenômeno saúde-doença e de modo bem próximo à vida das pessoas, como foi previsto em Alma Ata.

Mesmo com ganho em sua institucionalidade, a Atenção Básica se manteve com uma lógica seletiva. O financiamento era parco, convivia com o sistema hospitalar e ambulatorial como centro e continuou nesse período a “distribuir” uma Atenção Básica, reduzida, para uma parte da população. Ocorria ainda nesse período a abertura para que para ações privadas no setor saúde, por meio dos planos de saúde, ambulatorios

especializados e hospitais crescessem de acordo com a lógica de mercado. Desse modo, a Atenção Básica, nos seus primeiros anos, ainda que oficializada como política de Estado, com a seletividade, combinou epidemiologia a uma vaga ideia de mudança dos processos de trabalho e de produção do cuidado, com efeito para a ética nesse campo em sua dimensão mais ampla (MERHY, 2002).

Sobre os avanços possíveis com uma Política Nacional de Atenção Básica

Apenas mais recentemente, na década de 2000, foi possível à Atenção Básica, no plano da institucionalidade, mostrar alguma potência de ação na saúde das pessoas. Isto ocorreu com a instalação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos anos de 2006, depois em 2011, e mais recentemente em 2017, por meio de Portarias Ministeriais, que atenderam princípios constitucionais para o setor saúde do país.

Com as Portarias da PNAB foi alcançada, no plano político, alguma regulação sobre a ação econômica em face de grandes inimigos do SUS, a saúde privada. Foram previstos recursos que consideram aspectos sociodemográficos e epidemiológicos, implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, abrangência da oferta de ações e serviços, desempenho dos serviços de Atenção Básica e recursos de investimentos.

Com uma retomada de sua origem, a Atenção Básica, nesse começo de Século XXI, passou a ser considerada o “ponto” mais estratégico para um sistema de saúde biopsicossocial, para além da retórica. Tal importância delegada à atenção básica pode ser estendida para a Psicologia que passa a ter na atenção básica lugar aonde pode dar sua contribuição técnica e também política, de militância pelo seu estabelecimento. A ideia de ponto de atenção aqui colocada é decorrente da colocação da Atenção Básica em rede, melhor dizendo, no centro dessa rede, que já não é mais considerada hierarquizada, mas poliárquica, tal como desenhada na perspectiva técnica de redes por Mendes (2011) e na perspectiva rizomática de Gilles Deleuze e Félix Guatarri (2010).

Com esses alcances, a Atenção Básica passa cada vez mais requerer a atuação da Psicologia, àquilo que é colocado na Política Nacional de Atenção Básica como noção de território. A ideia de território requer amplo conhecimento de necessidades de projetos e serviços de saúde relativos às condições concretas de vida da população adstrita. O

território pode ser visto em conexão direta com atuais perspectivas da Psicologia em relação direta da sociedade com a subjetividade, pois a Atenção Básica

Considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde – a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde – além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

No território, ainda, metodologicamente, pode ser destacado que a Política Nacional de Atenção Básica deve “superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde”, quando a ação, em face dos seus fenômenos, deve levar em consideração “múltiplos determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2017).

A fim de exemplificar as possibilidades e alcance da Atenção Básica, sob a égide da riqueza fenomênica que envolve sua presença no território, vejamos algumas dessas extensões:

- A Atenção Básica pode abrangar, a um só tempo, toda a população de um território, realizando ações que sejam fundamentais para o “caminhar pela vida”, como controle de doenças, por meio de vacinas; prevenção de afecções comumente presentes na vida das pessoas, contabilização e análise de dados de vigilância em saúde;
- A Atenção Básica pode fazer o acompanhamento de etapas e condições específicas da vida, não necessariamente relativas a adoecimento, mas visando potencialidades nessas situações, acompanhamento de gestação, puerpério e até as vicissitudes do envelhecimento;
- A Atenção Básica tem potencial técnico e metodológico para acompanhar situações complexas como situações de recuperação após hospitalizações, inclusive para dar seguimento após tratamentos de alta complexidade, como o câncer;

- A Atenção Básica tem no seu escopo a possibilidade de desenvolver práticas de promoção da saúde, que envolvem o desenvolvimento de hábitos de vida que potencializam e relação com o corpo em sua plenitude máxima, como prática de exercícios, e convivências em processos de rede;
- A Atenção Básica tem como premissa se relacionar intersetorialmente com outras políticas públicas de saúde localizadas no território; ou com instituições de outra natureza, ou mesmo com a organização comunitária de maneira mais geral, de modo a fazer a gestão de práticas que alcancem objetivos relativos ao zelo pela vida e a potencialização das pessoas;
- A Atenção Básica é *locus* potencial de cuidado em saúde mental, tendo em vista estar embrenhada na vida das relações da comunidade e poder funcionar como potencializadora de desenvolvimento e ou resgate de vínculos entre pessoas com história de sofrimentos psíquicos severos e persistentes;
- A atenção Básica pode fazer seu projeto de trabalho, para além de levar em conta as diretrizes pactuadas nacionalmente. Ela tem como premissa realizar atividades participativas junto ao território que pode colaborar no rol de atividades projetadas.

Pode-se ter com os exemplos inventariado anteriormente um pouco da ideia de que, a partir da constituição da Política Nacional de Atenção Básica, foi possível maior aproximação com os fenômenos que se apresentam nos territórios. Neles, e a partir de suas realidades e características, a presença da Psicologia da Saúde na Atenção Básica pode se colocar com objetivos de ampliação da esfera da ética do cuidado de si na vida das pessoas. A ética pessoal é aqui resgatada também na linha de invenção de práticas de resistência à medicalização, à impessoalidade e burocracia, aquelas mesmas com longo processo de constituição histórica aqui indicada como referência para a reflexão da(o) psicóloga(o). Ou seja, parte-se da premissa de que a ética se faz no *ethos*, ou no território das pessoas.

Também é digno de nota que a partir da PNAB foi possível a incorporação, para dentro da atenção básica, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), previstos em 2008, por meio da já revogada Portaria 154. Os NASFs significam a busca

metodológica de apoio a fenômenos que não poderiam ser açambarcados apenas com a lógica médica constituída até então.

Os NASFs, no Plano legal, tornaram possível a profissão de psicóloga(o) na Atenção Básica. Tais dispositivos, que gravitam em torno da Atenção Básica, convivem sob a autocritica por terem que realizar coberturas a grande quantidade populacional, a extensivos territórios e ainda com demandas de trabalho densas e metodologias de trabalho complexas (porque realizada em grupo e com diferentes projetos e territórios). Na organização atual dos NASFs, pode caber a uma equipe constituída de 5 profissionais da área da saúde, cobrir uma população de 20.000 pessoas. O que desde já se coloca como desafio para a prática da(o) psicóloga(o) na atenção básica, que será abordado nesse documento. A partir da assunção da PNAB fez-se possível também a instalação de tecnologias assistenciais à saúde com incorporação de metodologias de educação permanente, matriciamento, clínica ampliada, projetos terapêuticos singulares e de territórios, acolhimento entre outras. E mais, a colocação da Atenção Básica como central e em meio à rede de saúde. A possibilidade de incorporações de tecnologias nesse período com a assunção da política conseguiu aqui, pelo menos no nível discursivo, revisão da equivocada designação da Atenção Básica como “rede básica”, tentada já em 1997, ou seja, a Atenção Básica ficou estabelecida na rede e não era uma rede à parte do que mais constituísse o sistema de saúde.

Claro está que, com a PNAB, o espaço da Atenção Básica foi incorporando uma ampliação da visibilidade dos fenômenos que a ela eram apresentadas. Contribuiu para isso compreensões como as de tecnologias de trabalho em saúde feita por Merhy (2002), que o autor denominou de trabalho vivo. O trabalho vivo envolve tecnologias leves, leve-duras e duras, sendo a dura relativa a diagnósticos, por exemplo, uma prescrição; a tecnologia leve-dura quando são realizadas indicações de procedimentos de cuidado; e a tecnologia leve é quando se escuta a pessoa, dimensionando-se suas possibilidades de compreensão como sujeito em face de suas dificuldades, articulando esse conhecimento à prática como um todo. Quando uma prática não incorpora as diferentes tecnologias, ela não se relaciona com a pessoa atendida, *in totum*, não alcançando transformações, sendo considerado resultado dessa prática um trabalho morto.

O trabalho vivo é pautado na relação, produção de vínculo, acolhimento e envolve todas as tecnologias, podendo ser fácil pensar nos efeitos do trabalho procedimento-centrado para o alcance dos fenômenos que se apresentam na Atenção Básica. Nesse sentido, as práticas de acolhimento e de clínica ampliada são emblemáticas. Tais práticas, que serão apresentadas com mais aprofundamento nos textos que seguirão a esse eixo, são destacadas aqui desde já, por requerem constituição de um *ethos*, no espaço da concepção do serviço e de suas práticas, com ampliação das esferas das normatividades biológico-centradas. E nelas a(o) psicóloga(o) pode ter grande capacidade contributiva.

Ressalte-se que a PNAB indica que o acolhimento pressupõe

que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS [Unidades Básicas de Saúde] devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades (BRASIL, 2017).

Tal acolhimento, sob os auspícios do acesso deve ser realizado em todo o período de funcionamento do serviço e sem diferenciações excludentes às necessidades de saúde da população, inclusive a itinerante.

O acolhimento se coloca na porta de entrada do serviço como uma prática que, para além de considerar *in totum* o sujeito que procura o serviço, com suas condições de vida, requer também a postura inclusiva, com relação a outros tipos de sofrimento que possam ser relativos a processos de marginalização, exclusão ou violências. Relacionado a isto está que não poderá ser marginalizado como fenômeno isolado condições inscritas em práticas divisórias no âmbito de direitos, como relações sociais e que levam a sofrimento como violência doméstica, racismo e diversidade sexual.

Do mesmo modo, na linha de resolutibilidade, a clínica ampliada é considerada uma tecnologia de cuidado individual e coletivo, ao mesmo tempo. De acordo com a Portaria, ela visa “construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais”. Também fica posto com a clínica ampliada o reconhecimento de que as variáveis que constituem o fenômeno que ali se apresentam são múltiplas, requerendo, em primeiro plano, um tipo de encontro com o sujeito e suas demandas. Tais demandas ainda que possam estar articuladas a fenômenos que se relacionam ao corpo biológico

terá como condição *sine qua non* o vínculo com o sujeito e as condições que se fizeram presentes para tal condição no território, seja ele as condições concretas dos espaços de vida, vínculos, relações e até projetos de vida.

Relacionado à constituição de outra clínica está também previsto na PNAB o trabalho interdisciplinar. A interdisciplinaridade requer integração que envolve:

Áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população) (BRASIL, 2017).

Com afirmação de discursos e práticas como a clínica ampliada e acolhimento, na PNAB pode-se ter revisada a centralidade na epidemiologia, ampliando sua combinação a processos de trabalho em saúde que alcancem mudança no processo de produção do cuidado. Claro está que pelo menos no nível dos discursos postos para a Atenção Básica a ampliação dos fenômenos encontra-se bem colocada.

Ainda, com a Política Nacional de Atenção Básica fez-se possível compreender melhor sua articulação com outras políticas. Exemplo disso é que as Portarias sobre Humanização no SUS, de 2003, constituídas para efetivar os princípios do SUS articulando gestores, trabalhadores e usuários na busca por mudanças na gestão do trabalho articulada a formas de cuidar, passam a fazer sentido, sobretudo para os protagonistas dos espaços da Atenção Básica. Há também a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2006, e também revista em 2014. Esta última também é conduzida pelo conceito ampliado de saúde, formulada como

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014, 24).

A Atenção Básica em meio a práticas sociais, foi sendo ampliada na medida em que foi revisada com relação a espaço de normatividades biomédico-centradas. Nesse percurso tem sido fundamental uma política que tornou mais próximo do exequível o financiamento com o estabelecimento de tecnologias biopsicossociais para além da retórica, sua articulação com outras políticas com vieses democráticas no âmbito das políticas públicas sejam elas as de saúde ou intersetoriais como o Sistema Único de Assistência Social, Educação, Justiça e as outras políticas públicas. Em meio a esse processo pode ser destacada uma última busca de reorganização do sistema, agora vislumbrando a direção para a gestão dos serviços: o Decreto 7508/11.

O Decreto 7508/11 teve a virtude de ter estabelecido a consecução da territorialidade e a assunção de território por gestores. Determinou a organização do setor saúde por meio de Regiões de saúde, estabelecendo pontos de atenção de saúde estratégicos, dentre eles o da Atenção Básica dentro da região de saúde e sua articulação em redes. Um primeiro destaque colocado a partir desse Decreto é ser condição para o estabelecimento de uma região de Saúde, e a Rede de atenção psicossocial, especializada e em entremeio à uma região de saúde como um todo. Outro destaque é para o estabelecimento de Contrato de Gestão em Saúde, passando a ser responsabilidade civil de um gestor a manutenção de serviços pactuados com sua Região de Saúde (aonde se inclui a Atenção Básica), podendo este responder civilmente por descumprimento de Planos de Saúde pactuados para a sua região.

Ainda sobre a ética da(o) psicóloga(o) no campo da Atenção Básica

Sobre a dimensão ética que perfaz o espaço da Atenção Básica, evidenciado já está que a ética referida aqui abordada não foi relativa ao Código de Ética Profissional, mas relacionada aos princípios da relação da profissão com a política, e aos posicionamentos possíveis em face dos dilemas que envolvem a profissão na Atenção Básica, em face de sua história de constituição. A compreensão de ética relacionada à Atenção Básica ultrapassa deontologia, ou aquilo que é classificado como sendo permitido ou não permitido às categorias profissionais. Assim, a ética da Psicologia deve ser construída no contexto da Atenção Básica no cotidiano, que envolve sim os princípios universais da profissão e

do SUS e na ação intersubjetiva, quando se abre mão de um projeto individual para um projeto coletivo.

O SUS, ainda que com todas as barreiras enfrentadas, dentre as quais algumas inventariadas até aqui, ao longo dos últimos anos, é uma das políticas públicas com maior investimento conceitual e político no país. Nesse sentido, a Atenção Básica não emerge como uma área qualquer de atuação da(o) psicóloga(o), mas como uma área em que se estão construindo as principais expectativas do campo da saúde, que sejam voltadas a mudança de uma racionalidade em saúde, para além da ligação imaginária saúde ser igual à medicina. O trabalho da(o) psicóloga(o) na Atenção Básica envolve o sofrimento ético-político, tal qual desenvolveu Sawaia (2003), relativo às relações de exclusão de toda ordem, de gênero, de trabalho, de projeto e etc. E nesse sentido, na Atenção Básica a direção do trabalho necessariamente impescindirá de objetivos voltados para o plano público da coletividade. O trabalho da(o) psicóloga(o) na Atenção Básica parte do pressuposto de que aquelas pessoas que frequentam a unidade de saúde, tem uma situação sócio histórica que determina o seu processo de adoecer e de ter saúde, um *ethos* a ser transformado.

EIXO 2: A Psicologia e a Atenção Básica no Brasil

O trabalho da Psicologia na promoção e prevenção em saúde

Compreendemos na discussão anterior como a construção do NASF se relaciona com a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, vamos entender aqui a que anseios essa construção responde, no sentido de dar forma à Atenção Integral à Saúde proposta pela AB. No campo da Saúde, e em especial na Atenção Primária/Atenção Básica, existe uma discussão importante sobre o conceito de saúde afirmado em sua positividade, significado para além da doença, compondo não apenas o tratamento, mas a prevenção e a promoção em saúde também.

O lugar da Psicologia nesse sistema é o de retaguarda, como discutiremos mais a frente, mas supõe também um contato mais ativo e permanente com toda a população adscrita num território – ainda que de forma indireta – e não apenas quando procurada por alguém que a requisite. Em espaços de atuação estabelecidos, como a escola, as organizações e a clínica, o papel da Psicologia foi, na grande maioria das vezes, esperar que nossa porta fosse procurada, que a demanda fosse esboçada, para que o trabalho pudesse ganhar forma. Nesse sentido, aprendemos na universidade sobre a construção e reconstrução da demanda como um capítulo fundamental do nosso fazer, considerando o esboço de enunciação da demanda pedra angular para pensar estratégias a serem traçadas no plano de cuidado.

Na lógica da Atenção Primária, temos territórios adscritos e equipes de ESF com as quais estamos em permanente comunicação a fim de apoiar a construção de planos de cuidado e projetos terapêuticos singulares nos casos, de oferecer educação continuada de forma a instruir outros profissionais com o olhar da Psicologia. Assim, o escopo de atuação se amplia e nosso trabalho ganha contornos que nos empurram a pensar a promoção e prevenção em saúde. A postura da(o) psicóloga(o) passa a ser de quem se interessa e busca ativamente levar seu saber a fim de qualificar a construção dos casos, fazendo o olhar psicológico presente ainda que não tenhamos encontrado com a família ou pessoa que está sendo pensada em suas necessidades de saúde.

A prevenção e a promoção estão diretamente relacionadas com o grande tema dos determinantes sociais da saúde (CZERESNIA, 1999; BUSS e PELEGRINI, 2007). Ter boa saúde e qualidade de vida, como define a conferência realizada sobre o tema em Ottawa (1986), está ligado a condições que envolvem moradia, saneamento básico, educação, emprego e ambiente de trabalho, alimentação, situação familiar e rede de apoio, mobilidade e segurança, enfim, uma série de fatores.

Nesse sentido, precisamos nos debruçar sobre a **prevenção**, que trata da reunião de ações para evitar o surgimento de doenças. Geralmente essas ações estão centradas em estudos epidemiológicos que apresentam fatores de risco e hábitos que podem levar a eclosão de doenças, como é o caso da dengue; e doenças degenerativas, como diabetes. A educação sobre esses sintomas costuma ser o escopo do trabalho realizado nas Unidades Básicas. A proposição é assentada no profissional de saúde, que produz o conhecimento e que vai interferir numa região e/ou na conduta das pessoas (CZERESNIA, 1999).

Já a **promoção** possui um sentido mais abrangente, pois guarda relação com o aumento mais global da sensação de bem-estar, não estando diretamente ligada a alguma doença. São formas de atuação que apontam para um modo de vida mais saudável, abrangendo mais evidentemente os determinantes sociais da saúde. O agente promotor de saúde não se restringe aos profissionais de saúde, pois a promoção envolve atores diversos e ações intersetoriais (CZERESNIA, 1999).

No que tange à Psicologia, essas estratégias são importantes de serem fomentadas num cenário em que questões de saúde mental são recorrentes e possuem caráter multifacetado, lidas na chave psicossocial, ressaltando o quanto a dimensão humana, que envolve fisiologia, Psicologia, sociedade e história está implicada. A proposta desses conceitos é que equipes de saúde não atuem apenas quando a doença ou sofrimento já está estabelecido, mas busquem estratégias que além de diminuir custos do sistema de saúde, promovam maior cuidado para a população. Esse modelo coloca a Psicologia pensando a intervenção antes da construção de demanda, ativa na promoção da saúde. Na ideia de saúde ampliada podemos pensar que não há saúde sem saúde mental; não há saúde mental sem um trabalho que organize o cuidado em rede; cabe então à(ao) psicóloga(o) construir essa colaboração nas redes.

As decisões e sentidos de atuação da promoção e prevenção trabalham lado a lado com análises epidemiológicas, que ajudam a traçar condições de saúde num território que precisa de mais atenção e cuidado, personalizando as estratégias, que devem estar lastreadas nos equipamentos existentes e nas características das pessoas atendidas. O trabalho de Czeresnia (1999) traz questionamentos sobre os limites das formas de atuação quando se considera também os indivíduos na riqueza de sua singularidade, questionando a medida em que essa estratégia pode ser efetiva. As singularidades e outros fatores que compõem determinantes de saúde às vezes não enunciados, ou traçam relações que podem resultar em abordagens preconceituosas. Ora, se sabidamente grupos minoritários possuem maior vulnerabilidade no acesso à saúde, e pesquisas demonstram isso, como abordar essas questões sem também produzir um estereótipo ligado ao comportamento dessa população?

Isso não significa dizer que a promoção e prevenção em seu viés epidemiológico não devam ser parte desse processo, mas trata de compreender que a produção científica tem um papel importante, mas sempre será limitado para discutir as necessidades específicas do sujeito. Como a autora propõe, se estar saudável depende de múltiplos fatores que, em alguma medida, jamais serão esgotados pelo escrutínio científico, pois emergem do vínculo e da experiência vivida de forma singular pelo sujeito, sempre será limitada quando observada do ponto de vista epidemiológico.

Como resposta, é preciso que profissionais de saúde, e principalmente psicólogas(os), estejam abertas a ampliar suas práticas a fim de construir efetivamente saberes a partir de diferentes racionalidades na luta por uma promoção integral da saúde. Isso significa que na construção de estratégias de prevenção e promoção sejam consideradas aquelas já utilizadas por uma população, numa postura de troca de saberes e de abordagens de acolhimento que ainda não foram enunciadas pela ciência, numa postura de parceria. A perspectiva de construção coletiva da abordagem da Psicologia e do NASF em parceria com as pessoas por nós atendidas é fundamental para que possamos ser mais efetivos na prevenção e promoção à saúde. Isso significa entender as estratégias que podem ser usadas para uma trabalhadora que sofre assédio moral cotidianamente e tem picos de hipertensão, procurando a UBS como um espaço de acolhimento para seus problemas, ou uma mulher que chega na unidade à procura de cuidados para enxaqueca

que surge sempre quando seu companheiro a agride. Os sintomas e os cuidados possíveis para a construção de uma efetiva promoção de saúde precisam encontrar nessas pessoas parceiras para saber o que é possível desenhar num cenário de crescente solidão e corrosão dos laços sociais; onde verdades de areia são construídas nas redes sociais, num cenário de precarização do trabalho e das garantias trabalhistas, violências diversas, quando todos os dias temos um novo urgente e absurdo chegando.

Ao discutir esse tema, já é possível ver a importância do papel da atitude de parceria que o profissional de saúde deve assumir no trabalho com a população atendida. Cabe aqui uma reflexão sobre o enorme tempo em que brasileiros e povos originários viveram no território que hoje delimitamos como Brasil construindo saberes e modos de lidar com dificuldades múltiplas, que incluem questões da Psicologia. Sobre esse tema difícil e necessário é importante que o saber psicológico não atue como mais um espaço de colonização de corpos e sentidos, mas que caminhe produzindo campos em comum na conexão entre esses saberes. Essas conexões são a inclusão de perspectivas que visibilizem o sofrimento de grupos minoritários, inserindo perspectivas raciais e étnicas, relativas às mulheres, pessoas gordas, idosas e outras. O samba da G.R.E.S. Mangueira, de 2019 nos lembra que chegou a vez, de *ouvir* as Marias, Mahins, Marielles, Malês, de ouvir a história que a História não conta.

O apoio matricial

O tema do apoio matricial é alvo de muitos questionamentos e dúvidas sobre a forma e o escopo de atuação psicológica. Essas ideias podem ser entendidas como uma força de transformação da profissão para pensar as muitas maneiras de conduzir prática psicológica. Veremos que na AB a(o) psicóloga(o) pode conduzir atendimentos compartilhados e fazer intervenções no campo; pode instrumentalizar a Psicologia como saber e cooperar com outros profissionais na construção de um olhar psicológico na abordagem dos casos; e ainda oferecer algum tipo de cuidado do próprio processo de trabalho vivido nas UBSs pelas equipes de saúde.

A maneira como a Psicologia se estrutura na AB atualmente ganhou forma a partir do trabalho de Campos (1999), embora seja possível considerar um passado mais amplo

de experimentação discutido acima. O apoio matricial aparece como uma maneira de qualificar e promover uma forma inovadora de pensar a clínica da Psicologia num sistema como o SUS e a Atenção Básica. Vamos discutir o que fundamenta a portaria do Ministério da Saúde n. 154/2008, que trata da criação no NASF e seu funcionamento a partir de uma lógica matricial. No escopo da AB, as(os) psicólogas(os) estão no NASF, mas outros arranjos são possíveis, uma vez que se trata de uma política nova e a presença de profissionais psicólogas(os) poderia não ser organizada em momentos anteriores. A lógica do matriciamento também não está restrita ao funcionamento da AB; está presente na RAPS, como os CAPS são exemplo, ao atuar matriciando EqSF e em outros níveis da rede, como hospitais. Como discutido anteriormente, a criação do NASF é fruto de um processo mais amplo de experiências implantadas em várias partes do país e possui um largo histórico de experiência nessa modalidade de cuidado².

Como explicita Campos (1999), o termo matriz carrega vários sentidos: se relaciona com o espaço de criação, de geração de algo inovador; e também serve para indicar um conjunto de números que, observados a partir de diferentes perspectivas, possuem relação seja na vertical, na horizontal, em linhas transversais e com números fora da matriz, como na discussão matemática feita durante o Ensino Médio. Trata-se de um modelo de trabalho por tarefa, que existe na Administração, visando otimizar recursos e pessoas. A equipe matriciadora (NASF) é externa às equipes mínimas (EqSF) e funciona trabalhando para várias delas, divididas em tipos de equipes NASF, número que EqSF atendidas e carga horária de profissionais³. A proposta do NASF foi testada no âmbito da saúde

² O histórico de experimentação da lógica de matriciamento, como discute Campos (1999), data da década de 1990, anterior à publicação da portaria de 2008, com experiências existentes em cidades no interior de São Paulo e Minas Gerais, e no Ceará, como nos artigos citados anteriormente. O tema do apoio matricial também esteve em publicações do Ministério da Saúde desde 2003, ligadas ao Humaniza SUS, política de saúde mental e à Atenção Básica. Outra portaria, nº 1065, de 4 de julho de 2005 (e, portanto, anterior à 154), cria o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), que tinha objetivos semelhantes ao disposto na publicação de 2008, reforçando o papel na ampliação da resolubilidade e da integralidade da APS (BRASIL, 2005). Essa portaria foi revogada e suas propostas compuseram o NASF, perdendo o “I” inicialmente proposto.

³ O número de equipes de APS que o NASF pode apoiar também está definido em diversos documentos, como na Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Na portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 foi reduzido o número de equipes em que o NASF 1 poderia atuar para entre 8-15 equipes, e na Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), para de 5-9 equipes. Essa é uma questão que não se observa em muitas UBSs espalhadas pelo país, com equipes NASF apoiando EqSF muito além do preconizado. A mudança da política aponta para uma adequação gradual do trabalho da equipe NASF.

mental e acabou se ampliando para outros campos, como a reabilitação, alimentação, assistência farmacêutica, assistência social, práticas corporais e ações integrativas em saúde (BRASIL, 2009)⁴.

A proposta do apoio matricial define que existam equipes de referência que trabalhem com algum objeto ou questão específica – no caso da AB, a população e suas necessidades de saúde inscrita a um território – e uma equipe na retaguarda formada por especialistas, que se organiza a partir da demanda de EqSF e participa regularmente de suas atividades como uma maneira de contribuir para seu melhor funcionamento. O uso do termo matricial também remete a construção de uma relação horizontal entre profissionais de referência e especialistas e não apenas vertical como tem sido a tradição dos sistemas de saúde. A Equipe NASF, formada por especialistas, funciona de forma volante e atendendo a necessidades específicas com o objetivo de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde e diminuir a fragmentação e a demora no atendimento e funcionamento das equipes. Visa ainda promover maior integração entre profissionais, contornando a especialização – e falta de comunicação – crescente em quase todas as áreas do conhecimento. O trabalho nesse esquema deve ser composto pela possibilidade do apoio matricial oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS, 1999; KLEIN, 2015).

Essas múltiplas funções trazem questões para a maneira como a equipe NASF se organiza: se deve investir e priorizar o atendimento à população ou às ações de educação. Esse dilema é uma das grandes questões do trabalho das(os) psicólogas(os) na rede de AB, pois o esquema aqui proposto depende de uma rede bem organizada e do bom seguimento do fluxo. Na prática, visa estender, dinamizar e multiplicar a forma de atuação dos especialistas. Vamos supor que uma mulher aposentada de 70 anos, branca e moradora de uma favela na zona sul de São Paulo, que ainda trabalha como empregada doméstica, está sendo atendida na UBS com queixa de dores nas articulações devidas

⁴ Segue a lista dos profissionais que podem compor o NASF: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

também a seu trabalho, tem estado desanimada e triste com a perspectiva de ver sua renda diminuída com a possibilidade de ter que parar de trabalhar por conta das dores, também da necessidade de estar mais próxima de seu marido, que se encontra em um estado inicial de doença degenerativa, e que conta ainda com 3 de seus filhos, adultos, morando na mesma casa. De que formas a equipe NASF poderia estar presente nesse caso? 1) Atendendo essa pessoa na UBS em sua consulta com a médica/enfermeira, caso a equipe considere necessário; 2) Encaminhando-a para um grupo de mulheres organizado pelo NASF para discutir as questões que envolvem as dificuldades sofridas por mulheres parecidas com ela, se for possível; 3) Fazendo uma visita à sua casa a fim de conhecer e traçar uma estratégia em conjunto para oferecer cuidado para quem precisa nessa família, compreendendo uma rede de apoio ampliada; 4) Encaminhar questões relativas à possibilidade dela ter benefícios sociais dada sua condição atual de vida; 5) trabalho em conjunto entre EqSF e NASF para reabilitação fisioterápica e de dor crônica na abordagem da Psicologia; 6) Se as equipes não considerarem necessário o envolvimento do NASF, oferecer formas e técnicas de abordagem da questão para que a EqSF possa ser mais sensível ao sofrimento vivido por essa pessoa, compreendendo o sofrimento mental e determinantes sociais que poderiam estar presentes na condição de saúde dessa família.

Outras opções seriam possíveis ainda na atuação da(o) psicóloga(o) e de outras profissionais do NASF deste caso, comportando modalidades de atendimento que fazem o olhar psicológico presente, ainda que não encontremos a pessoa atendida e ela nem sequer saiba da nossa atuação. Como psicólogas(os), precisamos refletir a quem o modelo da clínica individual e semanal se aplica, no manejo das ansiedades e inquietações produzidas por essa prática, afirmando que as múltiplas modalidades de atendimento no NASF também servem para construir diferentes abordagens para as necessidades específicas. Esse esforço é também uma forma de incluir outras classes sociais no acesso à Psicologia e promover uma deselitização da profissão – que toca também na subjetividade –, como discute Dimenstein (1998). Na lógica do apoio matricial, portanto, o NASF não constitui porta de entrada do serviço e não tem agenda aberta para marcação de consultas como é possível fazer nas equipes mínimas.

O apoio matricial também encontra limites para suas práticas, uma vez que ele não preconiza o atendimento individual como prática da Psicologia no NASF. Para o bom

funcionamento do sistema, é importante que exista uma rede de psicólogas(os) que possa atender na estrutura da clínica individual casos em que esse cuidado seja necessário. De outra forma, essas demandas acabam não sendo bem conduzidas na AB, pois as(os) profissionais estão ocupando outras funções. A carência de ambulatórios de Psicologia (nível secundário) pressiona o NASF a atuar de forma ambulatorial e individualizada, uma vez que está responsável pelo cuidado e não consegue o encaminhamento, como discute Klein (2015).

A publicação dos Cadernos de Atenção Básica n. 27 e n. 39 traz alguma luz sobre a forma como se organizam as ações do NASF a fim de viabilizar isso que parece ainda pouco delimitado (BRASIL, 2009). Em um desses documentos, as diretrizes de trabalho do NASF listadas são: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio. Essas diretrizes devem atuar nas seguintes áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Esses documentos oferecem exemplos e sugestões de atuação, bem como instrumentos que podem ajudar na construção da rede de apoio necessária para o cuidado dos casos.

A Clínica Ampliada se refere a uma prática de todo o NASF que envolve a integralidade como atributo da AB, que compreenda a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas como plano de cuidado, não somente centrado na doença. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é dedicado a casos de manejo difícil, em que a equipe traça coletivamente um plano de cuidado para uma pessoa ou uma família, que envolve diagnóstico, construção de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. O Projeto de Saúde do Território (PST) é uma ação de promoção de saúde, intersetorial, que envolve a participação social a partir da identificação de uma questão pela EqSF e EqNASF no território. Esta ferramenta é mais ampla do que o PTS e se propõe a ser uma ação intersetorial. A Pactuação do Apoio, por fim, acontece em duas fases: uma primeira, entre gestores, EqSF e o Conselho de Saúde a fim de avaliar que profissionais serão necessários na implantação do NASF, considerando as proposições da portaria. A segunda, diz

respeito à pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF e a EqSF (BRASIL, 2009).

Toda essa discussão oferece uma linha importante de direcionamento das práticas, mas a materialização do cotidiano deixa o terreno do NASF numa enorme expectativa, uma vez que o cumprimento dessas propostas qualifica a AB e a ESF como um todo, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁵ (BRASIL, 2015) nos faz discutir e ajuda a pensar.

Outra questão importante na atuação do NASF e da lógica matriciadora são as OSS (Organizações Sociais de Saúde), que são responsáveis pela gestão da AB em muitas cidades brasileiras, como Rio de Janeiro e São Paulo, trazendo a terceirização como marca do trabalho no campo. Do ponto de vista da organização do serviço, a falta de clareza quanto às formas de atuação leva a que cada OSS que administra uma parte da cidade defina quais são as práticas desejáveis, o que dificulta a construção de uma atuação alinhada como política para todo o país, além de colocar a trabalhadora numa situação de vulnerabilidade pela falta de segurança para participar de espaços de decisão coletiva, falta de estabilidade no emprego e exposição a situações de assédio moral no trabalho e outras questões ligadas à terceirização (SAFFER, 2017). O repasse de valores pelas Secretarias Municipais de Saúde geralmente estão ligados a cláusulas de pagamento por resultado, o que fixa metas que valorizam mais o procedimento do que o processo de acolhimento e construção longitudinal do trabalho (SAFFER, 2017). Essas metas são necessárias, mas trazem questões sobre o que deve ser priorizado na atividade dos trabalhadores.

Uma grande questão que dificulta o trabalho da EqNASF no cotidiano se refere à formação dos profissionais da AB: o trabalho em equipe e as práticas interprofissionais e colaborativas pouco fazem parte da formação em Psicologia e de outros cursos em saúde, bem como em níveis de formação, como técnicos e de ensino médio. Inseguranças e visões cristalizadas podem dificultar a construção conjunta. Esses processos não lineares são repletos de tensões que geram articulação e desarticulação, que produzem consensos

⁵ O PMAQ é um programa pactuado entre a União, Estados e Municípios a fim de construir estratégias que visam a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, tentando garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente com o objetivo de permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais na Atenção Básica em Saúde.

que são tensionados. Peduzzi et al. (2007) explicita a importância da educação e das práticas interprofissionais a fim de construir uma nova lógica de trabalho, apostando na integralidade como um orientador desse processo. A proposta da ESF, do NASF, da Reforma Psiquiátrica e do próprio SUS estão em permanente construção e consolidação e são políticas que visam, ainda hoje, o deslocamento da lógica biomédica e a transformação do cuidado centrado na doença. A questão da confidencialidade e discrição dos profissionais no cuidado é importante de ser observada, mas não pode ser um impeditivo para um trabalho colaborativo efetivo com outros profissionais. Como acontece com outras questões, a AB exige a construção de uma nova rotina, e não mera adaptação de práticas costumeiras.

Todas as questões trabalhadas até agora apontam um sem-número de possibilidades e uma grande lista de afazeres que não pode ser vislumbrada sem um trabalho em equipe efetivo, uma rede com um secundário fortalecido, um sistema de saúde mental bem organizado que conte com esses profissionais como parceiros para matriciamentos na AB. Soma-se a esse quadro a boa relação com o SUAS e os equipamentos de educação do território, em especial as escolas de educação básica, para atuação no Programa Saúde na Escola (PSE). Na AB, o trabalho como psicóloga(o) no NASF é um empuxo à nossa profissão, propõe um caminho que a desloca de seus lugares costumeiros, produzindo uma força que nos mobiliza a fazer experimentações. A chave do trabalho no apoio matricial é a rede, que costuma se colocar para nós como uma força e uma dificuldade. Nos programas de residência multiprofissional que desenvolvem trabalhos na AB, geralmente psicólogas(os) recém-formadas(os) experienciam uma grande angústia ao se deparar com o trabalho em rede em que tem dificuldade de entender o lugar da Psicologia: “para que serve o que eu faço, qual a minha função?”. Essa angústia vai ganhando resposta na construção do olhar psicológico no contato com a equipe, promovendo processos de desnaturalização e contribuição na direção da Psicologia, com a definição no fazer do trabalho.

A clínica na AB

O sentido da existência do NASF no modelo do apoio matricial está ligado à qualificação do serviço da AB visando aumentar a resolutividade e a abrangência das atuações a partir da desconstrução da lógica do encaminhamento, tão comum no campo da saúde privada. É muito comum entre usuários de planos de saúde ficar em dúvida sobre que profissional de saúde procurar quando tem um ou outro sintoma; e se o escolhido não resolver, pedir um encaminhamento para alguém ainda mais especializado. Compreende-se que esta maneira de funcionamento está ligada a ações desarticuladas em diferentes serviços que levam à multiplicação de tarefas e dificuldade de diálogo entre os serviços em prol do cuidado em saúde de indivíduos e suas famílias. O apoio colaborativo tem importantes referências em práticas em sistemas de saúde de outros países como a educação interprofissional, *collaborative care* e *shared care*. A Psicologia, nesse trabalho em equipe, é convidada a pensar outras maneiras de intervenção que não se restringem ao atendimento direto e individual.

Quando pensamos nas maneiras nas quais o trabalho da Psicologia pode acontecer, vem a ideia da formulação da demanda e do trabalho individual e em grupos, face a face com os atendidos. Anchanjo e Schraiber (2012), em pesquisa realizada com psicólogas(os) em UBSs, apontam que existe expectativa de voltar o trabalho para fora do serviço e para a promoção de saúde, mas a tendência é de centrar-se nas práticas “de consultório” – entendidas como aquelas relacionadas ao psicodiagnóstico e psicoterapia. Somado a isso, as atividades em equipe, envolvendo visita domiciliar, atividades comunitárias, matriciamento e reunião de equipe, grupos educativos, não foram entendidas na pesquisa como da alçada específica da Psicologia. Esse tipo de compreensão restrita sobre o trabalho da Psicologia coloca em questão a formação e as práticas e nos move a pensar de que maneiras a clínica pode surgir e para quem. Dimenstein e Macedo (2012) reforçam essa percepção ao mostrar que as críticas às práticas da Psicologia no SUS se referem à pouca variedade de estratégias de tratamento, com atuação numa clínica individual e privatista, voltada para a ideia de cura. O tratamento se baseia no cessar dos sintomas com oposição entre normal e patológico, direcionado a uma adesão prescritiva. No que tange ao trabalho em equipe, temos justificado a esquivia em trabalhar em conjunto com uma leitura pobre do sigilo profissional, com trabalho técnico divorciado da gestão. A discussão sobre a Clínica

Ampliada é uma forma de pensar as restrições desse modelo e construir novas respostas, a partir de um diagnóstico mais amplo construído por toda a equipe.

A primeira questão que a Clínica Ampliada traz é que ela não é específica da prática da Psicologia. Ela trata de uma forma de compreensão do sujeito e de suas necessidades de saúde que pode ser exercida por qualquer profissional e que psicólogas(os) podem cooperar para que estes desenvolvam habilidades dessa forma de escuta. Mais do que isso, a clínica ampliada pode ser fruto do trabalho de uma equipe bem integrada que ouça as experiências dos atendidos a partir de diferentes lugares. Pense que temos como parceiros Agentes Comunitários, que são pessoas que trabalham e vivem no território atendido pela clínica e o saber que possuem pode ser fundamental para entender o que se passa, da mesma forma em relação a outros profissionais de saúde. Assim, saber que existem muitas pessoas desempregadas, ou fazendo uso de álcool e outras drogas num território, ou ter múltiplas visões sobre uma queixa de um usuário pode ser decisivo para a construção do plano de cuidado. Sobre isso, o trabalho de Lancetti (2000) apresenta como uma equipe de saúde mental ajudou a construir essa estratégia no trabalho de ACSs em Santos (São Paulo), numa experiência exitosa porque construída a muitas mãos.

A construção da demanda na Clínica Ampliada pode se dar de formas muito distintas, vindas em momentos inusitados e por iniciativa da própria equipe ou da(o) psicóloga(o), percebendo a importância da atuação. A escuta do sujeito sem interrupções quando coloca sua queixa de saúde pode ser um diferencial da nossa profissão. Essa habilidade pode ser útil para compor com outras maneiras de ouvir, que buscam outras informações importantes para o diagnóstico. Isso acaba criando a necessidade sistemática de comunicar o que percebemos para compor um tratamento a muitas mãos. Esse exercício costuma apontar como as linguagens da Psicologia são herméticas e de difícil compreensão por outras profissionais. Essas práticas interprofissionais ajudam a desconstruir formas estereotipadas com que outras profissões podem ser desenhadas nos cursos de graduação. A reflexão sobre o uso do linguajar técnico da Psicologia precisa separar o que são os usos dos conceitos fundamentais para a prática e formas de expressar sentidos que afastam não iniciados. Na clínica ampliada o compartilhamento deve ser feito também com o próprio usuário. É certo que a proposta não é sempre tudo informar,

sendo sensível quanto à necessidade de sigilo quando necessário, sem justificar com essa estratégia a não comunicação com a equipe.

Trata-se de uma clínica que pode acontecer também em muitos espaços, o *setting* é múltiplo. Essa forma de atuação pode trazer desconfortos para a(o) psicóloga(o) e se mostrar muito desafiadora, ao apresentar as incertezas que regem o campo da saúde e uma prática ligada a um território. Nesse sentido, a longitudinalidade e a integralidade da AB são grandes aliadas, ao aumentar o tempo e as estratégias com o as quais possamos em conjunto adotar condutas terapêuticas. Vamos discutir um caso para debater a proposta da Clínica Ampliada.

O caso de J., 16 anos, negra, é de uma adolescente atendida na zona norte do Rio de Janeiro, num território de favela nas proximidades de uma UBS. A equipe NASF sabia que existiam muitas pessoas vivendo em uma casa: mãe, 3 adolescentes (uma filha e dois filhos) com idades entre 15-18 anos e padrasto. Somente a mãe frequentava a UBS para cuidar de problemas ligados à hipertensão e dizia da resistência de outros membros da família em frequentar a Clínica da Família. Em um grupo de mulheres, uma adolescente falou que estava preocupada com sua amiga J., que estava muito triste e não saía de casa há muito tempo, tendo deixado de frequentar a escola. O psicólogo do NASF conversou com a ACS e a amiga, e junto à EqSF procurou fazer uma visita domiciliar com a ACS a fim de saber um pouco mais da história. Encontrou J. em casa, bem arrumada, mas ela não foi receptiva com o psicólogo, mas sinalizou para uma estagiária de psicologia um espaço para construir vínculo; a mãe conta que ela toma remédios para os nervos há muito tempo, frequentando um psiquiatra que a atende de graça e fez um diagnóstico de fobia social quando ela tinha 12 anos. Conta que ela está bem, mas não sai de casa ou trabalha e tem pouca vida social no grupo da Igreja. Na segunda e terceiras visitas, J. diz que desistiu de estudar pois sofria bullying: sempre foi chamada de feia na escola e também em casa: se sentia frequentemente mal por dizerem que seu cabelo era ruim, que ela não prestava, que nunca alguém gostaria dela. Muito emocionada, ela conta que alisava o cabelo, tentava vestir as roupas certas, mas ainda assim, era muito maltratada, tendo escolhido viver em casa ajudando a família. Teve um namorado uma vez, mas ele a deixou. A estagiária, o psicólogo e a ACS, também mulheres negras, puderam fazer intervenções na casa de J. e levar o diagnóstico para discussão junto à EqSF, EqNASF e

ao CAPS, chamando-a a compor uma outra maneira de entender sua vida. A racialização do debate e do diagnóstico de J e a discussão em rede foram fundamentais para o seguimento, que viu J. passar gradativamente a frequentar a clínica, perceber que seu diagnóstico estava equivocado e a construir outros planos para sua vida, como cogitar voltar à estudar ou trabalhar. O caso mostra a potência de um trabalho construído em rede, com uma abordagem territorial, entendendo a clínica ampliada a partir da visita domiciliar, trabalho em grupos e discussão de caso como ferramentas importantes para tratar de um caso que envolve o racismo que J. sofria cotidianamente e foi tratado como transtorno mental.

Isso remete à importância de pensarmos que lugar ocupamos diante da população que é atendida por nós. Desde a regulamentação da profissão, que data de mais de 50 anos atrás, vimos uma grande mudança no campo da Psicologia ser operada, seja na maneira como os contextos de produção são entendidos, seja na ampliação da ciência e profissão com a criação de novos e diferentes postos de trabalho. Essas mudanças se afinam com uma transformação do perfil dos egressos dos cursos de graduação, que têm pouco a pouco ganhado mais diversidade étnica, racial, origens geográficas e de classes sociais. Isso coloca a questão que psicólogas(os) discutiam em décadas passadas sobre a distância que existia entre o lugar social dessas profissionais e a população por elas atendida. Assim, essa aproximação sucessiva traz também o reflexo de um diálogo cada vez mais próximo tanto do ponto de vista da diminuição dos abismos entre esses universos como também da ampliação da presença das(os) psicólogas(os) em postos de trabalho que nos coloquem em interação direta com esse público, como é o trabalho na AB e no NASF. Além da proposta da Clínica Ampliada, a ferramenta criada pelo PMAQ pode ser um bom guia para a construção de estratégias de atuação potentes e em sintonia com a AB.

Contribuições da Psicologia ao tema

O Conselho Federal de Psicologia publicou, em 2009 (CFP, 2009), um ano após a publicação da portaria nº 154/MS (BRASIL, 2008), o documento “*A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*” com um apanhado de experiências vividas por diferentes psicólogas(os) a partir de seus trabalhos. É possível consultar

experiências de matriciamento do CAPS em interface com a AB, da experiência dos NAIFS e a busca por implantar uma Psicologia afinada às necessidades da população e às possibilidades que um sistema subfinanciado como o SUS enfrenta. O texto, dividido em relatos de profissionais sobre seus campos de atuação a partir de diferentes cidades e regiões e organizações de fluxo (profissionais na rede no NASIF, no CAPS, professores de graduação e com práticas na pós-graduação, como em residências). Nesses 10 anos avançamos em número de NASFs implantados no país, na enorme expansão da AB e a chegada das OSS, que terceirizaram o serviço e colocaram questões para essa atuação. Vimos a inversão do “parque sanitário brasileiro” passar de 18.489 estabelecimentos de saúde nos anos 80, composto por serviços prioritariamente hospitalares e ambulatoriais, para em 2009 alcançar 96.450 com número expressivo de equipes de Atenção Básica. Continuamos funcionando com muito menos dinheiro do que o SUS precisa, o que se agravou com a aprovação da PEC 241, como discutem Vieira e Benevides (2016).

Daquela publicação para esta, conseguimos construir um texto mais integrado, mas que mantém dúvidas semelhantes sobre estratégias de atuação, embora tenhamos caminhado na compreensão da importância da articulação junto à rede. Os grandes orientadores para essas práticas são os documentos produzidos que estabelecem diretrizes para a atuação. As portarias citadas ao longo do texto estão entre as principais, mas uma organização desses documentos seria importante a fim de poder orientar a prática (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012). A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) foi um grande marco, bem como a publicação da portaria do NASF (BRASIL, 2008). Uma análise dos documentos em que a Psicologia aparece na AB está disponível no artigo de Boing e Crepaldi (2010). Os trabalhos que orientaram a construção da política também foram muito importantes, como o trabalho de Campos (1999) e Campos e Domiti (2007) que discutem a teoria e metodologia do apoio matricial, bem como as experiências anteriores, no trabalho de Lancetti (2000) e Dimenstein (1998), que fazem proposições e críticas importantes que são referência até hoje.

Em âmbito mais amplo, os debates no campo da saúde coletiva e a construção da Estratégia de Saúde da Família, como discutido no eixo anterior, a discussão dos atributos da Atenção Básica, como discute Bárbara Starfield é fundamental. A questão dos

determinantes sociais da saúde é fundamental para entender o campo e o trabalho da saúde coletiva para pensar a organização e funcionamento do sistema, em território.

O artigo de Dimenstein e Macedo (2012) apresenta o tamanho do caminho a ser percorrido para **ressituar** o papel da Psicologia no SUS como um todo e, principalmente, na APS. A direção da reflexão sobre as práticas é fundamental com o indicativo do fortalecimento dos programas de residência multiprofissional como forma de conferir uma resposta mais adequada e ética às necessidades da população e às possibilidades que a Psicologia pode oferecer como estratégia potente de cuidado. A triangulação Serviço-Comunidade-Academia visa abrir as Universidades à essas demandas e qualificar o trabalho nas unidades, construindo uma formação atenta à interprofissionalidade e aos elos com a comunidade. Os Programas de Educação de Trabalho na Saúde e Saúde Mental (PET-Saúde) são estratégias importantes nesse processo, bem como a Educação Permanente em Saúde (EPS). O PET-Saúde têm sido uma experiência importante de construção desses saberes integrando alunos de muitas graduações a pensar sobre temas relevantes para as Secretarias de Saúde de muitos municípios a partir de metodologias ativas e centradas em tarefas.

A tarefa da Psicologia na Atenção Básica é de movimentar suas práticas e construir perguntas aonde elas não existem, considerando nesse processo nossa própria implicação (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008), ao promover desnaturalizações na construção do cuidado.

EIXO 3: Atuação da/o Psicóloga/o na Atenção Básica à Saúde

Se hoje, ao nos referirmos à atuação de psicólogas(os) no âmbito da AB do SUS, quase que automaticamente estamos nos referindo à inserção desses profissionais no NASF, é porque desde o ano de 2008, ano de publicação da portaria 154 de 24 de janeiro, o número de profissionais da Psicologia ofertando apoio às Estratégias de Saúde da Família (ESF) vem crescendo substancialmente e se consolidando como uma das principais portas de entrada das(os) psicólogas(os) no SUS.

Segundo dados do DataSUS em dezembro de 2018, quando o NASF comemorava seus 10 anos de existência no país, o número de psicólogas(os) atuando na atenção básica, entre NASFs e UBSs, era de 10.721. No entanto, no ano de publicação da portaria que criou os NASFs já havia um número considerável de psicólogas(os) atuando na Atenção Básica. Segundo o DataSUS em dezembro de 2007 haviam 4.704 profissionais da Psicologia atuando na atenção básica do SUS. Esse contingente significativo de psicólogas(os) adentraram a atenção primária em saúde atendendo aos chamados de duas frentes, já discutidas nos eixos anteriores dessa Referência: primeiro, a grande expansão da Estratégia de Saúde da Família que, guiadas pelos princípios da reforma sanitária, convocavam a Psicologia para juntar-se às demais disciplinas no caminhar em direção à integralidade do cuidado; e a segunda frente é a da reforma psiquiátrica cujos princípios de extinção dos manicômios e substituição destes por serviços de base comunitária fez sobretudo os CAPS se espalharem pelo território nacional. Assim, cabe a AB a função de prevenir os agravos de saúde mental, garantir a integralidade do cuidado dos usuários assistidos pelo CAPS e responsabilizar-se pelo cuidado longitudinal dos usuários que não estiverem mais dentro dos quadros mais graves de sofrimento mental. Sendo assim, o profissional da Psicologia torna-se um ator estratégico na operacionalização de uma política antimanicomial dentro da atenção básica.

Em pesquisa realizada pelo CFP/CREPOP em 2008 sobre a atuação de psicólogas(os) na AB do SUS, os 240 respondentes apontaram como principal contexto de atuação a UBS, mas também ambulatórios de hospitais, serviços públicos ligados a outras políticas, como Assistência Social e órgãos ligados ao poder judiciário. Naquele ano, o NASF ainda não é apontado como um dos principais locus de atuação pois, sendo

ano de publicação da portaria de sua criação, haviam poucos profissionais. Segundo o DataSUS, apenas 78 profissionais da Psicologia atuavam em NASF⁶ ao final daquele ano em todo o país. A população atendida também apresentou uma diversidade marcante, variando entre crianças, jovens, adultos, familiares, idosos e comunidade.

Com relação a atuação, objeto deste eixo, os respondentes da pesquisa de 2008 listaram modos de fazer que iam desde o atendimento individual até a formulação de políticas públicas, passando por: atendimento grupal, visitas domiciliares, atuação em equipe multiprofissional, no contexto da estratégia de saúde da família, na área docente, na gestão do serviço, elaboração de pareceres, laudos e prontuários. Vale aqui o recorte de alguns relatos que traduzem o fazer de psicólogas(os) no contexto da AB naquele ano para, após, podermos dialogar com pesquisas realizadas ao longo desses 10 anos de NASF e da pesquisa do CFP/CREPOP.

Infelizmente no local onde trabalho ainda nos é cobrado que o foco principal sejam os atendimentos clínicos. Assim, realizo por volta de 30 atendimentos clínicos individuais por semana. Primeiramente realizo triagens para avaliação das pessoas que desejam receber atendimento psicológico; se o caso realmente necessitar de terapia, a pessoa precisa ficar em fila de espera, pois há apenas dois cargos de psicólogo da saúde no município e a demanda é enorme. (p. 40-13)

[...] atendimento individual, houve uma tentativa de grupo mas não deu certo ainda (p. 40-322)

[...] Algumas vezes aparecem usuários da rede privada procurando atendimento em Psicologia pelo SUS, como por exemplo, solicitando avaliação psicológica para procedimento de laqueadura tubária, entre outros casos. (p. 40-03)

[...] acompanhamento psicológico de pessoas encaminhadas por demais profissionais [...], além daquelas pessoas que procuram espontaneamente pelo serviço de psicologia. (p. 40-326)

[...] mensalmente, realizo um grupo de apoio aos familiares e cuidadores de portadores de transtorno mental. (p. 40-448)

Realizo grupos de orientação/psicológica a saúde mental: tabagismo; alcoolismo; e substâncias psicoativas; TOC; - visando ao reconhecimento quanto aos seus danos e também na cessação quanto ao seu uso e tratamentos (p. 40-160)

A lógica curativo-individualista ainda deixa psicólogas(os) acuadas(os) frente às expectativas de gestores, equipes multiprofissionais e usuários de receberem uma escuta

⁶ Vale ressaltar que o site DataSUS refere-se a “Centro de Apoio à Saúde da Família – CASF” e não Núcleo de Apoio/Ampliado à/da Saúde da Família, como é comumente conhecido.

feita dentro de um consultório protegido não só dos ruídos externos como também do contexto que o cerca, como atesta Perrela (2015), Leite, Andrade e Bosi (2013), Alexandre e Romagnoli (2017). Os currículos das graduações de Psicologia também não têm contribuído para a superação dessas dificuldades. Na pesquisa de 2008 do CFP/CREPOP, os respondentes já identificavam os vazios curriculares quanto à inserção do profissional da Psicologia nas políticas públicas e em especial na saúde coletiva como uma fonte permanente dos desafios a serem enfrentados no contexto da atenção básica do SUS:

Temos que nos despir de muitas concepções apreendidas nos bancos da universidade, [...] das várias categorias profissionais com as quais trabalhamos, da comunidade que no primeiro momento anseia pelo modelo já conhecido, [...] da falta da proteção e conforto das 4 paredes [...] (p. 41-400)

Chamada de clínica hegemônica ou individual, a prática aprendida na maioria dos bancos da universidade sofreu forte influência da clínica médica e é moldada para atender às classes médias e alta da sociedade. Comumente é transportada para a prática na saúde pública, muitas vezes de forma acrítica e atendendo aos anseios já aqui expostos. Para Alexandre e Romagnoli (2017) a inserção das psicólogas(os) nas políticas públicas de saúde convocou a(o) profissional da Psicologia a deixar o consultório e ampliar o seu *setting* para conhecer o território em seus riscos e potências. Essa clínica que se propõe a estar nas praças, ruas e casas não abre mão de condições objetivas de trabalho, o “conforto das quatro paredes”, ou seja, ainda legítima a análise dos participantes da pesquisa do CFP/CREPOP (2008) com relação à falta de salas adequadas, telefone, ventiladores, materiais para oficinas, porém recusa-se ao reducionismo da clínica individualizada e descontextualizada.

Nas errâncias pelo território de vida dos usuários, a Psicologia, inserida nas EqSF e guiada pelo Apoio Matricial e Equipe de Referência como principais ferramentas do NASF, se vê diante da necessidade de diálogo e compartilhamento de saberes e fazeres com outras disciplinas. A pesquisa do CFP/CREPOP apontou que em 2008 os profissionais da Psicologia já encaravam a construção da interdisciplinaridade como um dos grandes desafios a serem enfrentados dentro da política de saúde pública:

O principal desafio é desenvolver projetos efetivamente em equipe. Nem sempre os demais profissionais se envolvem ou se comprometem efetivamente com as propostas. [...] Outro importante desafio é a escassez de reuniões formais para discussão de casos e grupo de estudos. (p. 41-110)

Não temos equipes multidisciplinares e em muitos momentos faltam discussões sobre os casos, os profissionais trabalham isoladamente [...]. (p. 41-306)

A fragmentação do cuidado já vem sendo abordada pelas reformas sanitária e psiquiátrica desde os anos 70 (AMARANTE, 2007). O conceito de apoio matricial, trazido pelo NASF, veio fazer novos questionamentos, mas também inventar novas formas de se superar o modelo de produzir saúde como uma linha de montagem. Para Campos e Dominitti (2007, p. 402) citado por Furtado e Carvalho (2015, p. 12) o apoio matricial e a equipe de referência são essenciais para o trabalho em equipe pois “buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento”.

A função de apoiador matricial se opera em dois eixos: o clínico-assistencial e o técnico-pedagógico (CAMPOS E DOMINITTI, 2007). Basicamente, apoio matricial significa desenvolver “ações interdisciplinares e intersetoriais com vistas à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, com ações voltadas para a educação permanente e a promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (ALEXANDRE E ROMAGNOLI, 2017). No cotidiano dos serviços essas diretrizes operacionalizam-se em visitas domiciliares compartilhadas, interconsultas e consultas compartilhadas, discussões de caso, construção de projetos terapêuticos singulares, dentre outras possibilidades de ampliação do ferramental do apoio matricial.

Olhar para o território e suas várias formas de produção de vida através do filtro do apoio matricial pode ajudar o profissional da Psicologia a vislumbrar novas formas de enfrentamento de obstáculos colocados tanto em 2008 quanto em 2018. Podemos citar como exemplos:

1. O número elevado de EqSF/AB para serem apoiadas (CREPOP, 2008; Nepumuceno, 2009, citado por Furtado e Carvalho, 2015; Leite, Andrade e Bosi, 2013) impede que o profissional da Psicologia crie vínculos com as equipes de

- ESF/AB e com o território fazendo com que as equipes apoiadas não compreendem o trabalho da(o) psicóloga(o);
2. O foco do trabalho da(o) psicóloga(o) nas demandas de saúde mental, reforçado pela portaria 154/2008, segundo Nepumuceno (2009, citado por Furtado e Carvalho, 2015) fortalece a lógica do atendimento individualizado, curativista, descontextualizado e desvinculado de outros saberes. Ademais, mantém a não implicação dos demais profissionais da AB/ESF com o cuidado da pessoa em sofrimento mental, fazendo com que o profissional da Psicologia amiúde cumpra, dentro das equipes, o mesmo papel que o CAPS cumpre dentro da rede, qual seja, o de responsável exclusivo pelo cuidado da pessoa em sofrimento mental;
 3. O alto número de encaminhamentos/acionamentos equivocados para a/o profissional da Psicologia (CREPOP, 2008; Perrella, 2015; Batista et al, 2017), fruto de vínculo precário deste com as equipes e a da baixa compreensão quanto às possibilidades do trabalho da(o) psicóloga(o), faz com que a demanda para a Psicologia cresça desnecessariamente e aponta para um repensar das modos de fazer da(o) psicóloga(o), das formas de acolher e para agenciamentos dentro do eixo técnico-pedagógico do Apoio Matricial;
 4. A lógica produtivista (CREPOP, 2008; Oliveira, 2010 citado por Perrella, 2015; Batista et al, 2017), assumida por muitos gestores de saúde, afeta os processos de trabalho tornando-os endurecidos, burocráticos e impedindo os profissionais de transitarem por espaços de diálogo e pactuação e isolando cada vez mais psicólogas(os) em suas salas;
 5. A composição da equipe multiprofissional, baseada apenas em critérios como a economia de recursos, pressões políticas e disponibilidade de profissionais, mostra-se também um agente dificultador das ações do NASF num território que solicita outra gama de saberes que, muito frequentemente, não coincide com aqueles presentes no NASF. O profissional da Psicologia, destarte, não se vê impelido ao compartilhamento de saberes com disciplinas que, resguardadas suas importâncias, de fato não dialogam com a necessidades cruciais ou estratégicas dos sujeitos em seus contextos de vida;

6. Os impasses éticos relacionados ao registro em prontuários multiprofissionais e ao compartilhamento de informações em discussões de caso (CREPOP, 2008) deixam as(os) psicólogas(os) inseguros sobretudo em cidades pequenas onde as relações comunitárias são mais estreitas. Este aspecto mostrou-se também um fator de afastamento do profissional da Psicologia dos momentos de compartilhamento de informações e colaboração efetiva com as equipes.

Alexandre e Romagnoli (2017) discutem como a prática da Psicologia nas políticas de saúde só faz sentido num espaço de limiar e interconexão com outros saberes. É nesse espaço fronteiriço das disciplinas que as práticas inovadoras nascem e as possibilidades da contribuição da Psicologia são descobertas. A leitura do conceito de apoio matricial e de todas as suas potencialidades pode ajudar o profissional da Psicologia a trabalhar sua ansiedade por modelos prontos de atuação no NASF e superar algumas concepções equivocadas de Apoio Matricial, como aponta Melo et al (2018) em análise muito oportuna dos 10 anos de NASF. Segundo os autores, algumas equipes, com receio de que o NASF se transforme numa espécie de ambulatório num espaço entre as atenções primária e secundária, buscam uma homogeneidade entre as ações de diferentes categorias. Além disso, acreditam que as EqSF e NASF fazem apenas prevenção e promoção. Acrescentamos ainda a crença que no NASF só cabem atendimentos grupais, ou a dimensão técnico-pedagógica do Apoio Matricial

Essas dicotomias entre atendimento individual/atendimento grupal, clínico-assistencial/técnico-pedagógica, autonomia/colaboração se fazem presentes no trabalho real das equipes com profissionais que fazem apenas atendimento grupais e se recusam aos atendimentos individuais, ou entendem que seu trabalho só se dá num espaço interdisciplinar (Melo et al, 2018). Na opinião dos autores, a priorização das ações deve se dar de acordo com o que o contexto do território pede em suas necessidades mais urgentes e/ou estratégicas.

Como forma de contribuição para a superação dessas dicotomias e enfrentamento das dificuldades listadas acima, deixamos aqui algumas sugestões práticas que podem ser experimentadas no cotidiano do trabalho de psicólogas(os) no NASF e UBS.

1. Construir agendas compartilhadas periodicamente com a EqSF e equipes de AB de forma participativa visando maior inserção nas ações dentro do território e do cotidiano da ESF/UBS, buscando ampliar a compreensão do fazer da Psicologia para além do transtorno mental e dos atendimentos individualizados;
2. Criar, juntamente com as EqSF e demais categorias pertencentes ao NASF, critérios claros de acionamento do Apoio Matricial, levando-se em consideração a melhoria das práticas de acolhimento dentro e fora da unidade;
3. É necessário ainda que o profissional da Psicologia, nessa construção, leve em consideração que o Apoio Matricial contém em si a noção de Apoio Institucional (Melo et al, 2018), o que faz com o que o profissional assuma um papel de problematização dos processos de trabalho da organização e mesmo das missões e objetivos do serviço. Isto pode levar a estratégias de desestabilização das fronteiras do saber e dos territórios de poder na gestão e no cuidado em saúde. Ao assumir esse posicionamento distanciado e ao mesmo tempo inserido nas equipes de AB, o profissional da Psicologia pode contribuir para relações menos verticalizadas e mais democráticas;
4. Contribuir e provocar as equipes de AB para a construção de PTSs de casos que resgatem a complexidade da produção de saúde e que contribuam para a horizontalização das relações, a ampliação da clínica e produção de novas formas de subjetivação. Nunca é demais lembrar que a construção dos PTS deve reconhecer também, e principalmente, o protagonismo dos usuários e sua rede de apoio na produção do cuidado. Este aspecto crucial da clínica ampliada visa a redução das dependências do usuário em relação aos profissionais e aos serviços e incentiva o autocuidado;
5. Deixar-se afetar pelos atravessamentos sociais, culturais, econômicos e comunitários em sua clínica individual ou grupal, abrindo espaço para os enfrentamentos coletivos de questões como a violência, o desemprego e a pobreza. Além disso, diante das pressões do contexto local, a(o) psicóloga(o) pode inserir em sua clínica outras categorias e coletivos que inclusive possam propor um remodelamento do cuidado através, por exemplo, de um grupo de empoderamento

- feminino conduzido pela(o) psicóloga(o) e pela assistente social, ou uma formação sobre medicalização da infância com farmacêutico, médico e psicóloga(o);
6. Propor e apoiar tecnicamente ações de Apoio Matricial aos níveis secundários e terciários de saúde como forma de reduzir a pressão vinda da atenção básica aos serviços como policlínicas e hospitais;
 7. Suscitar a leitura compartilhada com as demais categorias do Código de Ética do Psicólogo para a compreensão e a busca de saídas de compartilhamento de informações em prontuário e discussões de caso que contribuam para a construção de PTSs e não extrapolem os limites do sigilo;

Para finalizar, mas ainda no âmbito das sugestões para a efetivação do trabalho da Psicologia nas políticas de saúde, as dificuldades de inserção encontradas pela profissão na Atenção Básica apontam para mudanças nos currículos das Instituições de Ensino Superior no sentido da inclusão da Saúde Coletiva e do Apoio Matricial não só nos cursos de Psicologia, como também nos demais cursos identificados com o trabalho no SUS.

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

EIXO 4: Gestão do trabalho das(os) psicólogas(os) no SUS

Desde o início da entrada das(os) psicólogas(os) na Atenção Básica, seu trabalho vem sofrendo muitas mudanças e se tornando mais amplo e complexo. Inicialmente associada à Reforma Psiquiátrica, as(os) psicólogas(os) eram demandadas à atenção clínica ambulatorial aos egressos de hospitais psiquiátricos, com foco nos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Essa direção para a clínica individual, associada à tradição dos cursos de Psicologia no país com forte ênfase clínica, levou às profissionais a uma perspectiva de trabalho um tanto reduzida face aos desafios do cuidado em saúde territorializado (SPINK, 2007).

Como já visto nos eixos anteriores, a expansão da ESF e a criação dos NASFs, novos aspectos da atuação passaram a ser demandados desses profissionais (FERREIRA NETO, 2017), como a necessária integração com as EqSF mediante as práticas de Apoio Matricial. A ESF reorientou o trabalho em saúde na Atenção Básica levando todos a compartilharem tanto a produção do cuidado, quanto a gestão dos processos de trabalho (MERHY, 2002).

Mesmo enaltecendo essa nova configuração do trabalho na AB, vale lembrar que há um número excessivo de população adscrita no Brasil, em relação a outros países (TESSER E NORMAN, 2014). Enquanto temos um limite de 4.500 usuários por EqSF, países com população menos vulnerável tem limites bem menores, como a Espanha, 2.500, o Reino Unido, com 2.000, Portugal, 1.500 (GIOVANELLA, et al., 2008). Isso traz como consequência uma sobrecarga de trabalho tanto para as EqSF quanto para seus apoiadores.

Neste eixo analisaremos as relações de trabalho no âmbito da política pública em questão e os desafios para sua efetivação. Um primeiro ponto a ser colocado é a grande variação nas condições de trabalho, nas formas de contratação, nos regimes previdenciários e mesmo na carga horária.

Mesmo havendo algumas regulações estabelecidas no nível federal, como a contratação via concurso público em regime estatutário, é frequente nos municípios menores a contratação ser feita dentro do regime da CLT, sem a estabilidade conferida ao servidor público concursado. Se levarmos em conta que em municípios pequenos a

influência da política partidária é decisiva na contratação e na demissão de funcionários, a rotatividade quadrienal acaba sendo frequente, o que pode ser negativo para um serviço que requer um vínculo longitudinal junto aos usuários. No Relatório de Pesquisa realizada pelo CFP/CREPOP (2008), em um universo de 240 respondentes, temos 86,7% de contratos por organização pública, 4,6% por organização privada e 7,1% por ONGs ou organizações sem fins lucrativos. Contudo, se olharmos para o tipo de contrato, apenas 47,5% tem vínculo como estatutário e os celetistas ou com contrato temporário crescem para 34%.

Outra modalidade que tem crescido é a contratação via Organizações Sociais (OS), também com regime celetista. Por exemplo, o município do Rio de Janeiro fez recentemente uma grande expansão na sua Atenção Básica, privilegiando as OS (SAFFER, 2017). No Estado de São Paulo essa prática é mais desenvolvida no setor hospitalar. Mesmo sabendo que a terceirização se tornou uma prática corrente nos sistemas de saúde dos países europeus (BEVIR, 2012; TRIANTAFILLOU, 2012), ainda carecemos de estudos que avaliem as consequências desse processo na atenção básica no Brasil, mas existem vários estudos realizados sobre essa experiência no setor hospitalar (ABRUCIO E SANO, 2008).

Um desafio para o trabalho da(o) psicóloga(o) na AB é o trabalho em equipe. Este lançou as(os) psicólogas(os) ao encontro de outros saberes/fazerem mais antigos na saúde pública, cujo trabalho estabelece uma interdependência. Vale a pena lembrar de que as(os) psicólogas(os), juntamente com outros profissionais, ainda que estejam inseridos numa relação de suposta igualdade nas equipes multiprofissionais, vivem “na condição de subalternidade na hierarquia interna do campo, dominada pela categoria médica” (DIMENSTEIN, 2001, p. 61). O trabalho em saúde no Brasil e no exterior é médico-centrado. Isso se revela tanto na perspectiva teórico metodológica principal, a epidemiologia, quanto na valorização dos profissionais da área. Isto pode ser comprovado tanto na organização do processo de trabalho quanto na diferença de remuneração das categorias.

Um elemento relevante a ser frisado são as condições de trabalho distantes do que seria desejável. Os elementos mais aventados foram a falta de espaço físico para atuação, escassez de recursos materiais e humanos; alta demanda por atendimentos (aspecto que

será mais explorado posteriormente), quantidade insatisfatória de profissionais para responder a esta demanda. Também foram indicadas dificuldades relativas à carreira profissional.

No Relatório Preliminar de Análise Qualitativa dos Dados do Campo Atenção Básica à Saúde (BRIGAGÃO, et al, 2009)⁷, que retomamos aqui como base inicial de nossa discussão, há a descrição de várias dificuldades ligadas às condições de trabalho das(os) psicólogas(os) na Atenção Básica. A demanda por sala própria é frequente. Uma segunda preocupação nesse quesito é com a privacidade da conversa,

(...)sala inadequada para atendimento (paredes de divisórias de madeira): como fica explícita a condição para o paciente, algumas vezes é preciso diminuir o tom da voz. (p. 41-14)

A escassez de recursos materiais é outro elemento com uma grande variedade entre os municípios, mas em alguns falta o básico.

O segundo desafio é a falta de estrutura ideal de trabalho, como por exemplo não termos telefone nem computador disponível. (p 41-71).

A falta de transporte é outro problema constante, que se agrava quando a população atendida está na zona rural. Isso dificulta tanto o acesso da população aos serviços quanto a ida dos profissionais ao território, gerando em vários casos uma redução das reuniões de matriciamento (SOUSA FILHO, 2019).

A condição salarial é muito variada nos vários municípios, prevalecendo baixos salários. Em levantamento quantitativo realizado em pesquisa quantitativa realizada pelo CFP/CREPOP (2008), 42,7% recebiam até R\$ 1.500,00. Se levarmos em consideração que as profissionais são, na maioria, qualificadas, 64,6% possuem pós-graduação e 50,4% delas são especialistas, trata-se de uma remuneração distante do investimento que fizeram na própria formação. Em municípios maiores a remuneração costuma ser maior.

⁷ Nessa Referência, além dos dados da pesquisa do CREPOP realizada em 2008 (CFP, 2008), trabalhamos também com os dados desse Relatório Preliminar (BRIGAGÃO, et al, 2009), e de uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP, 2018), além de buscar outras fontes de dados e pesquisas mais recentes para o diálogo entre os diferentes momentos históricos da política de Atenção Básica.

Associado a isso várias se queixaram da carga horária de 40 horas, entendendo que o desejável para esse tipo de trabalho seria de 20 horas. O contrato mais frequente é de 30 horas em 43,8% das respondentes da pesquisa. Chama a atenção o dado de que 86,7% das respondentes trabalham em organizações públicas, mas apenas 47,5% são estatutários, indicando que boa parte dos municípios pequenos faz contratações via CLT e não como estatutário (CFP/CREPOP, 2008). Tal condição faz aumentar a rotatividade dos profissionais na saúde pública, por ficarem à deriva do resultado das eleições municipais e a renovação dos cargos entre apoiadores, facilitado pela falta de estabilidade do vínculo.

Se compararmos esses dados com os de uma pesquisa mais recente realizada no estado de Minas Gerais em 2018 (CRP-MG, 2018), com 321 psicólogas(os) que trabalhavam na atenção respondentes ao questionário on-line, encontramos mais correspondências que diferenças. Os vínculos prevalentes dos profissionais eram o estatutário (49,3%) ou o feito por contrato temporário (40,7%) (BARROSO, 2017). Ou seja, em MG o número de estatutários se mantinha inferior à metade tal como a pesquisa nacional de 2008 apresentou. As principais dificuldades enfrentadas no trabalho foram a baixa remuneração (38%), a falta de investimento na capacitação profissional (34,9%), condições inadequadas de trabalho (34,6%), a falta de investimento governamental (34%), a atuação na rede foi a dificuldade mais sentida pelos psicólogas(os) (33,6%), combater a lógica da medicalização (29,9%) e o despreparo dos gestores (27,1%).

Quanto à carga horária, a carga de trabalho mais frequente relatada foi a de 31 a 40 horas/semana para 36,9% dos respondentes. Uma parcela significativa das(os) profissionais (38,6%) recebia entre R\$ 1001,00 e 2000,00 reais, com a carga horária de trabalho mais frequente de 20 horas semanais. Outro ponto de concentração de valores ficou na renda entre R\$ 2001,00 e 3000,00 reais (31,10%), que concentrava a maior parte das(os) profissionais com carga de trabalho entre 31 e 40 horas semanais. A carga horária e a remuneração encontrada em 2016 não diferem de modo significativo do levantamento de 2008. A pesquisa mais recente traz como avanço a associação entre os salários e as cargas horárias de trabalho, na medida em que na saúde as variações de carga horárias são frequentes e, portanto, a remuneração deve ser ponderada pela carga horária exercida.

O tema do trabalho em equipe surgiu com vigor nos dados qualitativos da pesquisa realizada em 2008. Mesmo que o trabalho em equipe seja oficialmente constitutivo na AB, seu processamento não se dá de modo automático.

Equipes de trabalho muito numerosas, com pouca integração entre os profissionais de diferentes áreas, dificultando abordagens transdisciplinares e mais efetivas. (p. 41-178).

Em certos locais o trabalho em equipe simplesmente não se concretiza. Não temos equipes multidisciplinares e em muitos momentos faltam discussões sobre os casos, os profissionais trabalham isoladamente [...]. (p. 41-306).

Mesmo apontando as dificuldades as psicólogas, em geral, reconhecem a importância dos esforços para fomentar o trabalho em equipe. O principal desafio é desenvolver projetos efetivamente em equipe. Nem sempre os demais profissionais se envolvem ou se comprometem efetivamente com as propostas. [...] Outro importante desafio é a escassez de reuniões formais para discussão de casos e grupo de estudos. (p. 41-110)

Foram enunciadas muitas críticas em relação à categoria médica. As(Os) entrevistadas(os) apontaram a dificuldade de conseguirem envolvê-los no trabalho em equipe bem como da dificuldade de permanência dos mesmos no trabalho. A categoria médica se fixa por pouco tempo no trabalho no SUS, principalmente em municípios pequenos e com poucos recursos (NEI E RODRIGUES, 2012). Além disso, queixaram-se da diferença de remuneração entre os médicos e os demais profissionais. Finalmente, apontaram a deficiência da formação médica para o trabalho na saúde da família.

Os médicos e outros profissionais sem perfil e formação para trabalhar na ESF. (p. 41-454).

Este é um problema com solução em curso. Desde 2001 documentos governamentais discutem ações para reorientação dos currículos dos cursos de medicina, deslocando-o da formação voltada para as especialidades, para manter uma forte base na Atenção Básica (BRASIL, 2001). Com o tempo, várias ações foram realizadas nessa direção, inclusive o pré-requisito de base na AB como condição para abertura de nossos cursos de medicina, públicos ou privados. Já temos formados uma geração, ainda pequena, de médicos com essa formação mais próxima à AB.

O tema da formação em Psicologia foi fortemente pautado nas entrevistas, apresentando características diferentes da formação médica. Vimos no decorrer dos anos 1970 e 1980 um crescimento vertiginoso da prevalência da área clínica, psicanalítica, nos cursos de graduação no Brasil. Era o que se convencionou chamar de clínica clássica, centrada no atendimento individual e voltada para as classes média e alta (LO BIANCO, A. C.; BASTOS, A. V.; NUNES, M. L. E SILVA, R. C., 1994). Uma clínica que teria, supostamente, a especificidade de realizar-se num tempo e espaço estranhos à realidade social (FERREIRA NETO, 2017). A maior parte da geração que iniciou o trabalho na AB portava esse tipo de formação e buscava oferecer a escuta psicanalítica a todos. Além disso, não havia nos currículos disciplinas que contemplassem o tema das políticas públicas e da saúde pública. Essa mudança começou a se realizar nas décadas seguintes.

Na medida em que o SUS foi se tornando o maior empregador de psicólogos(os) no País, as Instituições de Ensino superior tiveram que se adequar a essa realidade. Em 2006, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) contabilizava 14.407 psicólogos(os) atuando no SUS, o que correspondia a 10% das(os) psicólogos(os) registradas(os) no Sistema Conselho de Psicologia. Em 2015, o número subiu para 49.412, com 19,53% das(os) psicólogos(os) registradas(os). Isso correspondeu a um crescimento de 243% em menos de dez anos (DALTRO; PONDÉ 2017). Um levantamento realizado pelo CREPOP-MG (2010) sobre “*Formação em políticas públicas nos cursos de psicologia*” com 29 dos 53 cursos de Psicologia existentes à época no estado, indicou que a maioria possuía disciplinas e/ou estágios na área de políticas públicas e, com bastante frequência, uma disciplina específica que tinha a saúde como tema. Ou seja, um cenário formativo bastante distinto das décadas anteriores.

O tema da formação foi abordado pelas(os) psicólogas(os) de várias maneiras. Falou-se muito na formação inadequada dos profissionais médicos para o trabalho na saúde pública.

[...] equipes de PSF muitas vezes por sua falta de formação ou paciência ou para tentar se livrar tentam empurrar caso sem gravidade alguma para atendimento na saúde mental. (p. 41-225)

Ou ainda em avaliações mais generalizadas das deficiências da formação médica. A formação profissional pautada na medicina tradicional [...] (p. 41-77)

Segundo a avaliação de várias entrevistadas ainda existe em muitos municípios um desconhecimento sobre o trabalho em saúde mental.

A rede de atenção primária ainda não conhece e não compreende a rede de saúde mental. Falta de entendimento de muitos profissionais da rede básica e da saúde mental dos princípios do SUS, da clínica ampliada e da clínica antimanicomial. (p. 41-68)

O tema do apoio matricial em saúde mental, que visa lidar diretamente com esse problema, em várias falas, mas nem sempre trazendo os resultados desejados.

Carência de apoio matricial do CAPS (são realizados contatos superficiais, raramente são enviadas contra-referências quando encaminhamos pacientes para avaliação e/ou tratamento) (p. 41-81)

A periodicidade dessa prática de matriciamento varia entre encontros semanais e mensais. Outras estratégias de formação permanente foram citadas tais como:

Reuniões técnicas com a coordenação de Saúde Mental, com a Equipe Matricial em SM, com a supervisora, com os CAPS (quando necessário)
Reuniões Gerenciais: com todas as coordenações da AB; com a supervisora da Regional específica. Reuniões técnico-pedagógicas: com as Equipes dos PSFs [...] (p. 40-60)

Como os dados do Relatório Preliminar (BRIGAGÃO, ET AL., 2009) são de 2008, eles não capturaram a instalação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no território nacional. Atualmente, boa parte da contratação de psicólogas(os) pelos municípios se dá na forma do NASF, em função ao apoio financeiro dado pelo governo federal para implementação e manutenção dessas equipes. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2008 atuavam 329 profissionais e em 2018 este quantitativo passou a ser de 5.523, o que representa um crescimento exponencial.

Temos hoje uma configuração de parte das(os) psicólogas(os) lotadas(os) em UBS e parte crescente lotadas(os) nos NASF, com características de trabalho diversas. Enquanto que o trabalho lotado nas UBS mantém o foco no atendimento da/o paciente com transtorno severo e contínuo e no apoio matricial das EqSF, as(os) psicólogas(os)

dos NASF relatam um amplo conjunto de atividades a serem desenvolvidas: alguns atendimentos individuais, ambulatoriais, visitas domiciliares, trabalho de orientação e sensibilização de famílias, dependendo da demanda e principalmente atividades grupais (CRP-MG/CREPOP/UFTM, 2018).

Mesmo assim, tanto na pesquisa de 2008 quanto na de 2018, se reconhece que, para o desenvolvimento do trabalho em equipe e em rede, as reuniões periódicas são uma atividade importante tanto para a busca de soluções específicas quanto para a educação permanente dos profissionais. É uma proposta que difere da educação continuada que opera por uma divisão entre a geração e o manuseio do conhecimento, desvalorizando o conhecimento de quem o produz cotidianamente em sua prática diária em prol de um agente externo que passaria o seu saber. Na educação permanente a proposta é que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do próprio processo de trabalho (CARDOSO e FERREIRA, 2014). Para que isso ocorra, as reuniões de matriciamento e outras são espaços fundamentais para garantir avanços na formação dos profissionais de saúde na AB.

O tema do excesso de demanda apareceu repetidamente nos grupos focais conduzidos pelo CFP/CREPOP em 2008.

A demanda para a psicologia na atenção básica é muito grande. Tanto a demanda espontânea (dos próprios usuários), como os encaminhamentos dos colegas (...) (p. 41-151).

Aqui vemos que não há protocolos de fluxo geral. Em alguns municípios, os pacientes devem sempre serem encaminhados pelas EqSF, enquanto em outros se aceita a demanda espontânea. Há de um lado um aumento de demandas de outras instituições sendo endereçadas à saúde.

Encaminhamentos vindos do Conselho Tutelar, das Escolas, do Fórum, do COMSE, a Saúde Mental na UBS é porta de entrada para o Serviço de Saúde mental no Município, ou seja, demandas de todas as ordens, de todos os lugares. (p. 41-441).

Dessa demanda interinstitucional surge a necessidade de produção de documentos como a elaboração de relatórios, laudos e pareceres psicológicos, bem como o registro dos casos nos prontuários.

Elaboração de relatórios psicológicos para atender ao Poder Judiciário e Delegacias Especializadas (p. 40-174).

Há também uma demanda do próprio trabalho em saúde, como um aspecto do cotidiano do trabalho.

Preenchimento de prontuários eletrônicos, discussão de situações do cotidiano com outros membros da unidade. (p. 40-222)

Por outro lado, os profissionais se queixam da ausência de critérios na definição dos encaminhamentos. *Excesso de demanda de atendimento, muitas vezes encaminhadas de forma incorreta*, acrescido da piora geral das condições de vida das populações que leva às pessoas a buscar ajuda no SUS.

Deterioração das condições de vida e da estrutura do estado (escola, segurança pública), comprometendo a saúde do cidadão e, conseqüentemente, aumentando a demanda do serviço de saúde (p. 41-39).

O problema é agravado em municípios pequenos nos quais há um único profissional no serviço e poucos recursos humanos na AB em geral.

O desafio é que eu sou a única psicóloga, para atender toda a população. (p. 41-98).

Muitas vezes essas profissionais isoladas têm que prestar serviço a outras secretarias como de Educação ou de Assistência. Essa diferença da estrutura da saúde nos diferentes municípios acarreta grandes diferenças no trabalho das(os) psicólogas(os) na saúde, que vão desde as condições e organização do trabalho, até a remuneração paga por cada município.

Neste capítulo abordamos o eixo da gestão do trabalho das(os) psicólogas(os) no SUS, discutindo alguns de seus aspectos problemáticos; as condições de trabalho, as

vicissitudes do trabalho em equipe, a formação na graduação em Psicologia e a educação permanente no SUS, o excesso de demanda presente no trabalho e algumas de suas determinações, e as dificuldades adicionais do trabalho em municípios pequenos, tanto nos aspectos salariais, quanto na amplitude de responsabilidades.

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O saber-fazer da Psicologia no Brasil vem passando por transformações ao longo do tempo. Iniciamos nossa prática atrelada a Medicina, com foco nas questões individuais e numa perspectiva curativa e trabalhamos muito tempo com a ideia de saúde como ausência de qualquer enfermidade.

A necessidade de transformação da nossa prática surge a partir da configuração da nossa sociedade, onde a desigualdade marca profundamente a constituição do nosso enlaçamento social. Desigualdade originada por múltiplos fatores, desde o racismo estrutural e institucional presente no cotidiano até um modelo econômico que privilegia uma pequena parcela da sociedade, produzindo verdadeiras “castas” sociais.

O acesso a saúde, numa sociedade como a nossa, apresenta um quadro onde as classes sociais mais abastadas sempre tiveram seus médicos de família e seus planos de saúde e as populações menos favorecidas apelavam para os “curandeiros” e outras formas de cuidado. A luta por um acesso a saúde universal e a construção de uma política pública que tornasse este acesso um direito, não foi simples nem tampouco aconteceu rápido.

A idealização e construção de uma política pública de saúde se dá através de um processo que se retroalimenta a partir das necessidades da sociedade e da capacidade dos saberes se colocarem dentro deste processo, assumindo responsabilidades e revisando seus fazeres.

No Brasil, a construção da política pública de saúde tem na criação e implantação do SUS a revelação de um processo democrático e participativo, visando justamente transformar o acesso a saúde e possibilitar um cuidado integral a toda população brasileira. Para isso, torna-se imperiosa a mudança de posição dos saberes envolvidos no cuidado a saúde, de uma lógica exclusivamente médica, biologizante, medicamentosa e com foco nas patologias, para uma lógica multiprofissional, com práticas interdisciplinares, compreendendo os determinantes sociais da saúde, com foco no sujeito e suas relações com os diversos contextos em que está inserido, apresentando outros recursos terapêuticos para além da medicação.

Assim, o SUS vai se configurando, adentrando nos mais diversos espaços do nosso vasto território, construindo tecnologias de intervenção condizentes com cada realidade e

aproximando a população de uma experiência real de garantia de direitos. Com ações nos três níveis de complexidade da saúde, o SUS propõe-se um sistema integrado e hierarquizado com o objetivo de alcançar o maior nível de resolutividade para quem o acessa.

A Psicologia brasileira, que tem sua prática inicial voltada para o atendimento individual, no consultório privado, disponível apenas para uma pequena parcela da população e com o objetivo de “curar” os sujeitos, se vê diante de um grande desafio: como ingressar nessa nova lógica de cuidado à saúde proposta pela política pública? Assim, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que se desenvolve paralelamente a Reforma Sanitária, a Psicologia inicia o processo de transformação do seu saber-fazer que passa necessariamente pela transformação das grades curriculares nos cursos de formação, pelo entendimento que a prática clínica está mais próxima do cuidado do que da cura e que esta prática não se define pelo lugar, ou seja, podemos fazer clínica fora dos consultórios privados. Além disso, a utilização de ferramentas importantes como o trabalho em grupo facilita a intervenção e aproxima cada vez mais o fazer da Psicologia da população.

O SUS vai se consolidando e a Psicologia vai adentrado cada vez mais neste universo, ocupando os três níveis de atenção, sendo fundamental para a consolidação de práticas de cuidado acessíveis à população e, com isso, popularizando o entendimento sobre a importância da Psicologia no dia-a-dia das pessoas. Deixando de ser uma intervenção apenas no nível da assistência e passando a estruturar práticas nos campos da prevenção e promoção da saúde.

A prática da Psicologia na Atenção Básica, nível primário do cuidado em saúde preconizado pelo SUS, é uma grande conquista, tanto da Psicologia, como da população, que pode agora acessar este saber-fazer. Para tanto, foi preciso garantir, a partir de legislação específica e de muita luta, este espaço de atuação, consolidado pela criação do NASF. Além disso, anteriormente, toda uma legislação sobre a Atenção Básica (PNAB) foi constituída para atender as demandas das populações.

Todas estas conquistas nunca aconteceram de forma pacífica devido a um conjunto de fatores, principalmente pelo processo de subfinanciamento do SUS, marca registrada

de todos os governos, e pelos interesses em fazer que esta política pública não funcione para assim beneficiar os setores privados da saúde.

O momento que esta Referência é apresentada para o conjunto da categoria representa um aprofundamento destes fatores. A PEC 95 que congela os investimentos na saúde vai gerar um sucateamento sem proporções no SUS e afetará diretamente a nossa prática profissional. Além disso, a privatização dos serviços, que já vem ocorrendo paulatinamente ao longo do tempo, agora poderá se consolidar diante deste cenário de crise.

Acreditamos que com este documento possamos apresentar a importância da prática da Psicologia na Atenção Básica, além de revelar todo um cenário de práticas possíveis e fundamentais para o cuidado da população. Além disso, frisar a importância do SUS como campo de atuação da(o) profissional de Psicologia e convidar todas e todos para defender este espaço de atuação que vem sendo paulatinamente ameaçado, e agora mais do que nunca, urgindo, assim, a necessidade de uma organização para defendermos a política pública de saúde.

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. e SANO, H. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: O Caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *RAE*. 48(3), p. 64-80, 2008.

ALEXANDRE, Marta de Lima; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Prática do Psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 10, n. 2, p. 284-299, dez. 2017

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AROUCA, Sérgio A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BATISTA, Cassia Beatriz; MACHADO, Rodrigo Martins da Costa; PAULA, Patrícia Pinto de. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 264-274, dez. 2017.

BEVIR, M. *Governance: a very short introduction*. Oxford, UK: Oxford Press, 2012.

BOING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2010, vol.30, n.3 [cited 2019-02-07], pp.634-649. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=en&nrm=iso

BOTH, Valdevir; PERALTA, Jorge; Nara Aparecida PERUZZO. **Direito à saúde: desafios ao controle social**. Passo Fundo: IFIBE, 2013. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Direito-%C3%A0-Sa%C3%BAde-Desafios-ao-Controle-Social-1.pdf>. Acesso em 1 dez 2014. (p. 10-71)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias dos SUS. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005. *Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde*. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1065_04_07_2005.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.645, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015 Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1645_02_10_2015.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina*. 12 f.

BRIGAGÃO, J. I.; NASCIMENTO, V. L.; SILVA, R. A.; SPINK, P. K. *Relatório Preliminar de Análise Qualitativa dos Dados do Campo Atenção Básica À Saúde*. Centro de Estudos de Administração pública e Governo da Fundação Getúlio Vargas São Paulo, 2009. 10

BUSS, Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO, Alberto. Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 393-403. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad.**

Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso

CARDOSO, M. M.; FERREIRA, R. G. Educação continuada ou permanente: objetivo comum predominando especificidades frente ao processo ensino-aprendizagem. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 5(3), p. 126-136, 2014

CASÉ V. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI A. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.121-36

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. *Formação em políticas públicas nos cursos de psicologia: análise dos cursos de psicologia de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2010.

CFP/CREPOP. *Atuação de psicólogos em serviços de atenção básica à saúde*. Relatório de pesquisa. 2008. 18 f.

COIMBRA, C. M. B., & NASCIMENTO, M. L. (2008). Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In A. R. R. Geisler, A. L. Abrahão & C. M. B. Coimbra (Orgs.). *Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde* (pp. 143-153). Niterói, RJ: EdUFF.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2009. 172 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.4, pp.701-709. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>

DA ROS, Marco. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (org.). **Saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006, p.44-66. Disponível em <http://boletimef.org/BU/2544/Livro-A-saude-em-debate-na-Educacao-Fisica-v-2> Acesso em 28 fev 2011.

DIEESSE, Projeto 2 – Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. 2016. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Relat%C3%B3rio-final-Projeto-2-1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

DIMENSTEIN, M. D. B.. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. *Estudos de Psicologia* 1998, 3(1), 53-81 53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>

DIMENSTEIN, M. D. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 57-63, 2001.

FERREIRA NETO, J. L. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. 2ª ed. ampliada. São Paulo/Belo Horizonte: Escuta/FAPEMIG, 2017.

FURTADO, Maria Edilânia Matos Ferreira; CARVALHO, Liliane Brandão. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 9-17, jun. 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, I.; Escorel, S.; Lobato, I. V. C.; Noronha, J. C.; Carvalho, A. I. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008. Pp. 575-625.

GIOVANELLA L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8)

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *O Anti-Edipo*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

KLEIN, Ana Paula. Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo no NASF no município de São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. 2015. 151p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-03022016-144719/publico/AnaPaulaKlein.pdf>

LOPES, Ana Maria Pereira (2016). Percursos na problematização da medicalização da vida: medicina social e individual, transnacionalização da saúde e experiência da saúde ampliada. In: LEMOS, F.C.S.; GALINDO, D.; BICALHO, P.P.G.; FERREIRA, E.T.A.; CRUZ, B.A.; NOGUEIRA, T.S.; NETA, F.T.B.; AQUIME, R.H.S. (Orgs.), *Práticas de judicialização e medicalização dos corpos no contemporâneo* (pp.585-600). Brasília: CRV.

LEITE, Débora Cabral; ANDRADE, Andréa Batista; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, Dec. 2013.

LO BIANCO, A. C.; BASTOS, A. V.; NUNES, M. L. & SILVA, R. C. (1994) Concepções e atividades emergentes na Psicologia clínica: implicações para a formação. In: R. Achar. *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. (pp. 7-79) São Paulo: Casa do Psicólogo.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACÊDO, Carlyle Guerra de. **Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina**. Brasília: OPS; OMS, 1997.

MARTIN-BARÓ, Ignácio. O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 1996, 2 (1), 7-

MELO, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 8 Abril 2019], pp. 328-340.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson E. **Cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTERO, M. A Tensão entre o fortalecimento e as influências alienadoras no trabalho psicossocial comunitário e político. In: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR., F. (Org.). *Psicologia e Sociedade: interfaces no debate da questão social*. Campinas, SP: Alínea, 2010. p. 65-81.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

NEI M. S. e RODRIGUES, P. H. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 22(4), p. 1293-1311, 2012

NORMAN, A. e TESSER, C. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: o equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 2015, 24(1)165-179, 2014.

PEDUZZI, Marina et al . Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 abr. 2019.

PERRELLA, Ana Carolina. A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora , v. 8, n. 2, p. 443-452, dez. 2015 .

PINTO, Antonio Germane Alves et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012

SAFFER, Denis Axelrud . Práticas do comum: Compondo o cuidado na Estratégia de Saúde da Família com os saberes do dia-a-dia. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal. Fluminense, 2017. 182f.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SAWAIA, Bader. B. (Org.). (1999). **As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade**. Petrópolis. Vozes, 1999.

SPINK, M. J. (org.) *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

TRIANAFILLOU, P. *New forms of governing: A foucauldian inspired analysis*. London: Palgrave Macmillan, 2012.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R.P.S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309913793_Nota_Tecnica_Ipea_n_28_-_Os_impactos_do_Novo_Regime_Fiscal_para_o_financiamento_do_Sistema_Unico_de_Sau_de_e_para_a_efetivacao_do_direito_a_saude_no_Brasil . Acesso em: 05 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care*. Genebra: WHO, 1978.
YAMAMOTO, O. H. “Políticas sociais, ‘terceiro setor’ e ‘compromisso social’: perspectivas e limites do trabalho do Psicólogo. *Psicologia & Sociedade*; 19 (1): 30-37; jan/abr. 2007.

Lappann BOTTI, Nadja Cristiane, Vieira Andrade, Wesley, A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do sus e da reforma psiquiátrica. *Cogitare Enfermagem* [en linea] 2008, 13 (Julio-Septiembre).

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA