

Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE



**DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA**



**Conselho
Federal de
Psicologia**

Conselhos Regionais de Psicologia



CREPOP

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA
CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM
PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP

REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheira 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

1ª Edição
Brasília, 2019

© 2019 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br.

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: MC&G Design Editorial

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição — Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF

(61) 2109-0107 E-mail: ascom@cfp.org.br/www.cfp.org.br

Impresso no Brasil — Novembro de 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil).

Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 2. ed. — Brasília : CFP, 2019.

87 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5069-004-5

1. Psicologia - Manuais, guias, etc. 2. Psicologia aplicada. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Pessoal da área de saúde pública. I. Conselhos Regionais de Psicologia. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). III. Título.

CDD 158

Bibliotecária Priscila Pena Machado CRB-7/6971

Informações da 1ª Edição

Coordenação Geral/ CFP

Miraci Mendes — Coordenadora Geral

Gerência de Comunicação

Luana Spinillo Poroca — Gerente

Coordenação Nacional do CREPOP/CFP

Clarissa Paranhos Guedes — Conselheira CFP

Mateus de Castro Castelluccio — Supervisor

Larissa Correia Nunes Dantas — Assessora

João Vinícius Marques — Assessor

Joyce Juliana Dias de Avelar — Estagiária

Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs

Conselheiras(os)

Leovane Gregório (CRP01); Vinícius Suares de Oliveira (CRP02); Gloria Maria Machado Pimentel, Mailson Santos Pereira e Monaliza Cirino de Oliveira (CRP03); Cláudia Natividade e Flávia Gotelip Correa Veloso (CRP04); Mônica Sampaio (CRP05); Beatriz Borges Brambilla (CRP06); Manuele Monttanari Araldi (CRP07); Maria Sezineide Cavalcante de Melo (CRP08); Mayk Diego Gomes da Glória Machado (CRP09); Valber Luiz Farias Sampaio (CRP10); Emilie Fonteles Boesmans (CRP11); Marivete Jesser (CRP12); Carla de Sant'Ana Brandão Costa (colaboradora CRP13); Beatriz Flandoli (CRP14); Laeuzza da Silva Farias (CRP15); Juliana Brunoro de Freitas (CRP16); Adala Nayana de Sousa Mata (CRP17); Karina Franco Moshage (CRP18); Bruna Oliveira Santana e Claudson Rodrigues de Oliveira (CRP19); Clorijava de Oliveira Santiago Júnior e Gibson Alves dos Santos (CRP20); José Augusto Santos Ribeiro (CRP21); Raissa Bezerra Palhano (CRP22); Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23).

Técnicas(os)

Cristina Trarbach (CRP01); Maria de Fátima dos Santos Neves (CRP02); Natani Evlin Lima Dias (CRP03); Pablo Mateus dos Santos Jacinto (CRP03); Leiliana Sousa (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05) Edson Ferreira Dias Júnior (CRP06); Rafaela Demétrio Hilgert (CRP07) Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Mayrá Lobato Pequeno (CRP11); Iramaia Ranai Gallerani (CRP12); Katiuska Araújo Duarte (CRP13); Mônica Rodrigues (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Mariana Moulin Brunow Freitas (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Érika Aparecida de Oliveira (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); John Wedson dos Santos Silva (CRP21); Livia Maria Guedes de Lima Andrade (CRP22); Stéfane Santana Da Silva (CRP23).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
XVII Plenário
Gestão 2017-2019

Diretoria

Rogério Giannini — Presidente
Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega — Vice-presidente
Pedro Paulo Gastalho de Bicalho — Secretário
Norma Celiane Cosmo — Tesoureira

Conselheiras(os) Efetivas(os)

Iolete Ribeiro da Silva — Secretária Região Norte
Clarissa Paranhos Guedes — Secretária Região Nordeste
Marisa Helena Alves — Secretária Região Centro Oeste
Júnia Maria Campos Lara — Secretária Região Sudeste
Rosane Lorena Granzotto — Secretária Região Sul
Fabian Javier Marin Rueda — Conselheiro 1
Célia Zenaide da Silva — Conselheira 2

Conselheiras(os) Suplentes

Maria Márcia Badaró Bandeira — Suplente
Daniela Sacramento Zanini — Suplente
Paulo Roberto Martins Maldos — Suplente
Fabiana Itaci Corrêa de Araujo — Suplente
Jureuda Duarte Guerra — Suplente Região Norte
Andréa Esmeraldo Câmara — Suplente Região Nordeste
Regina Lúcia Sucupira Pedroza — Suplente Região Centro Oeste
Sandra Elena Sposito — Suplente Região Sudeste
Cleia Oliveira Cunha — Suplente Região Sul (*in memoriam*)
Elizabeth de Lacerda Barbosa — Conselheira Suplente 1
Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa — Conselheiro Suplente 2

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	06
--------------------------	-----------

INTRODUÇÃO.....	08
------------------------	-----------

EIXO 1

DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA RELAÇÃO ENTRE PSICOLOGIA E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	16
--	----

EIXO 2

A PSICOLOGIA E A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	33
---	----

EIXO 3

ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	53
--	----

EIXO 4

GESTÃO DO TRABALHO DAS(OS) PSICÓLOGAS(OS) NO SUS	63
--	----

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS	77
--------------------------	-----------

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade o documento “Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde”, produzido no âmbito do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP).

Considerando a Atenção Básica como o conjunto de ações em saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, que visa a desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente nas necessidades de saúde das coletividades e que busca, assim, minimizar as condições de vulnerabilidade da população, delineia, portanto, o papel imprescindível da(o) psicóloga(o) nesses espaços de atuação, como afirma um dos princípios fundamentais do Código de Ética do Psicólogo: II. O psicólogo trabalhará visando a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Nessa perspectiva esta referência se apresenta como um importante instrumento técnico e político para a demarcação do espaço de atuação da Psicologia, demonstrando a relevância das contribuições das práticas psicológicas nos serviços específicos. Além disso, ancora o fazer profissional com os princípios do SUS, ressaltando que atuar nestes espaços exige uma postura em defesa das políticas públicas como instrumentos de garantia de direitos. Assim, atuar na Atenção Básica à Saúde convoca o profissional a reafirmar na sua prática a máxima garantida na Constituição Federal de 1988 de que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

As Referências Técnicas refletem o fortalecimento do diálogo que o Sistema Conselhos de Psicologia vem construindo com a categoria, no sentido de se legitimar como instância reguladora do exercício profissional. Por meios cada vez mais democráticos, esse

diálogo tem se pautado por uma política de reconhecimento mútuo entre os profissionais e pela construção coletiva de uma plataforma profissional que seja também ética e política.

O XVII Plenário do CFP agradece a todas e a todos os envolvidos na elaboração deste documento, em especial aos membros da comissão *ad hoc* responsáveis pela redação. Desejamos que esse documento seja um importante instrumento de orientação e qualificação da prática profissional e de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia. Que possa auxiliar profissionais e estudantes na aproximação com o campo de atuação na Atenção Básica à Saúde, pensando esta atuação em uma perspectiva crítica, demarcando, assim, a atuação da Psicologia em prol da sociedade, na perspectiva da Saúde como Direitos Humano fundamental.

XVII Plenário
Conselho Federal de Psicologia

INTRODUÇÃO

*Brasil chegou a vez
De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, Malês¹*

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 psicólogos(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 (1997).

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 tem pensado

1 Trecho do samba enredo da Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira do Rio de Janeiro de 2019. A escola teve como meta discutir as histórias apagadas da memória oficial e hegemônica ao retratar o passado e o presente no Brasil, tendo sido vastamente aceita pelo público, ultrapassando o nicho dos amantes de sambas enredos, e se mostrando um hino importante na luta contratempos nefastos e de retrocessos vividos nesse tempo. Com o enredo “História para ninar gente grande”, a escola de samba também foi vencedora do carnaval carioca nesse ano.

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, a partir da realidade brasileira, 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 Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), realizada a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE que demonstra que 42 % das(os) psicólogas(os) trabalham de forma autônoma (DIEESE, 2016). Sabemos que as(os) psicólogas(os) brasileiras têm trabalhado para mudar esse quadro, trazendo à baila a discussão do campo da Psicologia na sua relação com outros espaços de conhecimento. A dificuldade em compor equipes multiprofissionais e a construção de respostas individualizantes para problemas que possuem grandes raízes sociais são alguns dos sintomas que comprovam isso. Vamos discutir neste documento de 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 2008² — 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

2 Atualmente, a última versão da Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, muda o nome do NASF, que passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica — NASF AB.

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 significativos da escalada de presença das(os) psicólogas(os) no Sistema Único de Saúde (SUS), que eram 723 em equipes de saúde em 1976; passaram para 3.671 em 1984 e em 2012 chegou 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 buscar 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. 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 os processos de trabalho e a função dos serviços e políticas de saúde. Ela ressalta, ainda, 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 de saúde escapa a esse perfil.

Nesse sentido, é através da Reforma Psiquiátrica, que ganhou corpo no Brasil a partir dos anos 1970, que ocorrem as grandes transformações 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 apostar em serviços substitutivos que propunham uma lógica mais integrada e interprofissional de cuidado (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012). 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 diversas políticas de saúde

existe também como resultado da luta de usuárias(os) e trabalhadoras(es) de diversas categorias, assim como da Psicologia, embora em cada uma das políticas o desenho com outras profissões tenha sido múltiplo. O NASF AB³ e a proposta do matriciamento — que não é exclusivo da AB — 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.

É importante ressaltar que essas mudanças operadas na Psicologia respondiam às necessidades de profissionais da saúde e de usuários, esses primeiros majoritariamente brancos e de classe média que estavam engajados na luta pela construção de um sistema único de saúde, mas também em busca de novos postos de trabalho, devido ao inchaço já presente desde os anos 1980 de profissionais dedicados à prática clínica privada (YAMAMOTO, 2007). A partir da aplicação de ações afirmativas como resultado também das lutas do movimento negro, esse cenário começou a sofrer transformações que puderam levar a construção de uma nova forma de construir saberes da Psicologia. A aproximação das(os) profissionais que se formam hoje com as pessoas atendidas no SUS no que tange a espaços de circulação e de vida é muito maior, e traz potencialmente a possibilidade de construção de práticas de cuidado mais sintonizadas à essas necessidades. Sobre essa questão, é possível consultar o documento de referência técnica produzido também pelo CREPOP/CFP sobre Relações raciais (CFP, 2017).

Ainda na esteira da 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 SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) são uma expressão disso. Alguns autores

3 Importante observar que a denominação do núcleo onde as(os) psicólogas(os) ganham lugar na APS tem mudado. Na PNAB de 2017, que traz a possibilidade de alteração do NASF, antes Núcleo de Apoio à Saúde da Família e muda o nome para NASF AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). Uma nova mudança nas formas de financiamento já está sendo discutida em 2019, trazendo o grave risco de acabar com a existência desse núcleo na AB.

tentam fazer distinções de tratamento de transtornos mentais leves e moderados pela AB e graves e persistentes pelo CAPS, mas essa divisão não encontra um respaldo evidente nas atividades práticas, pois a AB e o CAPS podem funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde, embora a coordenação do cuidado deva ser da AB, como estabelecem seus princípios. As práticas mostram que o cuidado centrado nas necessidades e possibilidades das pessoas e dos serviços prevalecem nesse processo. Portanto, experiências que envolvem matriciamento em saúde mental, ou seja, um trabalho de apoio que visa a integrar a atuação da(o) profissional psi de acordo com demandas das necessidades de saúde emergentes na AB, — que não é somente função do NASF — possuem raízes mais antigas, que contribuíram para chegar a essa maneira de funcionamento. Este assunto será mais amplamente discutido mais adiante, no eixo 3.

Trabalhos que discutem a questão da integração da saúde mental com a AB datam desde a década de 1990, mas é a partir da virada do século que estes trabalhos se intensificam, 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 AB.

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 processo de trabalho, o modelo de atendimento aos sujeitos e a postura da Psicologia diante de si — inserida numa equipe NASF AB — e das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que matricia. Nesse sentido, buscamos lançar luz aos formatos de exercício da Psicologia, que na AB — e em outros espaços de práticas — são mais amplos do que as práticas psicoterápicas ligadas a teorias e sistemas psicológicos.

Importa afirmar ainda que muitas(os) psicólogas(os) inseridas(os) na AB no Brasil estão em postos de trabalho sem o formato da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As regras e fluxos de trabalho são diferentes e outras questões podem surgir nesse processo, mas consideramos que a lógica de funcionamento do matriciamento segue como um parâmetro importante para considerar as estratégias de atuação. Assim, a princípio, todo NASF AB faz matriciamento, mas nem todo matriciamento é feito pelo NASF. Uma articulação importante nesse campo pode ser via CAPS com as unidades básicas de saúde, por exemplo, já que ambos podem funcionar como porta de entrada, como já dito anteriormente. Na AB, o conceito de complexidade se transforma, na medida em que muitas vulnerabilidades estão em jogo, e o processo de construção de uma atividade, seja terapêutica ou não, precisa sempre ser negociado. 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 (MERHY, 2002). Mesmo sendo menos graves na perspectiva do 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 demanda das(os) profissionais uma formação e preparo para lidar de forma criativa com essas situações que são muito mobilizadoras e desafiantes (KLEIN, 2015).

Essa criatividade exigida para as(os) profissionais inseridos na AB foge ao escopo do que tradicionalmente se aprende no curso de graduação. Possuímos poucas referências para lidar com essa dificuldade. Esse documento de Referência Técnica tem como um de seus objetivos chamar a compor a rede, entendendo a teoria e as práticas da Psicologia envolvidas nesse processo. Assim, visa a responder a críticas expressivas sobre a forma como temos nos colocando 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 preocupa-

das somente com a remissão de sintomas (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012). É possível fazer muito mais do que isso e objetivamos com esse texto ser um convite à uma presença mais engajada às pessoas e à proposta de cuidado do SUS, primando pela qualidade diagnóstica e o manejo clínico adequado, buscando assim organizar nossa presença nesse sistema, olhando para as necessidades específicas dos sujeitos que, por vezes, demandam acertos que singularizam o olhar. Nesse sentido, a proposta da clínica ampliada será debatida como uma estratégia importante de atuação que busca contemplar tanto o macro como o micro nas equipes de saúde, considerando as especificidades do território.

Diante do exposto, este documento de Referência Técnica tem como objetivo demarcar e defender o espaço da Atenção Básica à Saúde como lugar privilegiado e importante para a inserção de psicólogos(as), que com suas práticas tem muito a oferecer para melhoria das condições de saúde da população. Nesse sentido, para cumprir essa ideia, trabalhamos com atendimentos e fazendo promoção de saúde mental e compondo na busca pelo reforço aos laços comunitários, compreendendo que isso também é cuidado em saúde mental. 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 como ciência e profissão oferecem 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 4. *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.

Destacamos aqui que este documento de Referência Técnica é também 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 (CRPs), responsáveis pela condução da coleta de dados em todo o país. Os parâmetros da pesquisa, bem como o número de participantes serão 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 com esses dados e 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.

Por fim, é importante ressaltar que a equipe que construiu esse trabalho começou a desenvolver suas atividades a partir de janeiro de 2019, tendo cerca de seis meses entre a construção do texto, consulta pública e reformulação para entregar a versão final. O desafio de escrita a tantas mãos nos deixou um texto heterogêneo, mostrando diferentes formas de construção da política e das práticas, que traz também a marca da inserção acadêmica desses membros. A consulta pública, em que se disponibilizou uma versão do texto para receber contribuições, aconteceu em meados de 2019 e recebemos dezoito contribuições entre individuais e coletivas (resultados de reuniões de avaliações feitas no âmbito dos CRPs), que foram em sua maioria incorporadas à redação final.

Este documento de Referência Técnica não se propõe a trazer normativas para a atuação, mas de fazer um documento que reflita sobre as principais questões enfrentadas no cotidiano, se alinhando também às normativas. Afirmamos, ainda, que este é um dentre outros documentos que precisam ser produzidos para discutir esse tema fundamental num momento de tentativas de desmonte do sistema, como temos vivido nos últimos tempos. Esse cenário acaba sendo mais enfatizado também pela presença maciça das Organizações Sociais de Saúde (OSS) que cunham pacotes de serviços a serem oferecidos às prefeituras que dificilmente conseguem considerar adequadamente a qualidade do trabalho de psicólogas(os) deixando de lado a construção coletiva de um sistema que responda efetivamente às questões objetivas e subjetivas daqueles que nos procuram. Esses temas serão melhor abordados ao longo do texto. Esperamos que ele possa contribuir para a construção permanente da Psicologia como ciência e profissão.

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 AB em saúde requer das(os) profissionais que dela participam, dentre as(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 como se estabelecera 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 este campo e, de modo especial, colocadas para a AB. Desse modo, a reflexão ética sobre a prática da(o) psicóloga(o) na AB, 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 AB, 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)⁴ 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 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 os Estados Unidos, em 1964 e anos seguintes, em face do conflito mundial de polarização estadunidense com a União Soviética, a Guerra Fria, ocorreu um solapamento das tentativas progressistas que vinham ocorrendo no país em crescimento e desenvolvimento no pós-Guerra.

4 O autor, um dos responsáveis pela organização da 8.^a 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.

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 Estados Unidos que já se viam mais distante da polarização contra a então União Soviética (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 econômi-

co-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 n.º 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 inte-

gralidade, 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 AB, 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 AB, 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 (1822-1895) e fortalecida no período de grande desenvolvimento econômico brasileiro do final da primeira metade do século XX. A ruptura promovida pela ideia de AB aqui indicada também pode ser vista na instalação de práticas na contramão de lógicas excludentes advindas das premissas higienistas de Phillipe Pinel (1745-1826) 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 AB, designada mundialmente de Atenção Primária, 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 AB passou cada vez mais a ser considerada o espaço no setor saúde que mais poderia açambarcar fenômenos que se pudessem ser abordados integralmente. A AB seria o espaço de aprendizagens de toda ordem sobre como um adoecimento pode ser multifacetado fenomenologicamente e o que seja biopsicossocial poderia deixar de ser apenas retórico. Todavia, paralelamente a isso, a AB teve grandes obstáculos em transpor os interesses econômicos já bem alinhavados e o imaginário social constituído ao longo daquele século sobre saúde.

Ressalte-se, ainda, que o setor saúde no Brasil, 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 de saúde como um todo. Ao longo dos anos de 1990, estas mudanças se fizeram de modo muito tímido. No caso da AB, 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 AB ficou direcionada como uma saúde para pobres (LOPES, 2016).

Algo próximo da AB já vinha ocorrendo desde a década de 1980, em condições precárias e 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 servindo de espaços de abastecimento de vacinas, leite e alguns medicamentos, mas sem equipes de trabalho. Contudo, a AB 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 AB naqueles primeiros anos, quando esse nível de atenção proposto se manteve sob a sombra do modelo biomédico centrado em grandes hospitais (LOPES, 2016). Até aqui pode ser vista a instalação de uma perspectiva de atenção primária como aquela que previa uma medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais.

A AB 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”, buscando-se a revisão de concepções de países que indicavam um tipo de “cesta básica” em saúde (DA ROS, 2006), visando a um resgate das proposições de Alma Ata. Buscava-se com isso a reorientação do sistema de serviços de saúde, 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 AB 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, mais uma vez, foi previsto em Alma Ata.

Mesmo com ganho em sua institucionalidade, a AB 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 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 AB, 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 sócio-demográficos e epidemiológicos, implantação de estratégias e programas da AB, abrangência da oferta de ações e serviços, desempenho dos serviços de AB e recursos de investimentos.

Com uma retomada de sua origem, a AB, 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 AB pode ser estendida para a Psicologia que passa a ter nesse espaço lugar aonde pode dar sua contribuição técnica e política, de militância pelo seu estabelecimento. A ideia de ponto de atenção aqui colocada é decorrente da colocação da AB 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 AB 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 AB:

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 a 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 AB pode açambarcar, 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 AB pode fazer o acompanhamento de etapas e condições específicas da vida, não necessariamente relativas a adoecimento, mas visando a potencialidades nessas situações, acompanhamento de gestação, puerpério e até as vicissitudes do envelhecimento;
- A AB 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 AB 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; mas na perspectiva da integralidade envolve prevenção de doenças e agravos, tratamento, reabilitação e redução de danos ou de sofrimentos das pessoas adstritas ao seu território;
- A AB 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 AB 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 AB 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.

- A AB, pela sua organização territorial, tem a potência de indicar políticas voltadas às populações e situações específicas. E tem sido estabelecido a partir dela políticas direcionadas à saúde de pessoas que vivem em situações de rua, os Consultórios na Rua, ou ainda o trabalho de atenção primária a populações ribeirinhas. Outras políticas podem ser articuladas ao espaço da AB, na perspectiva de se ter ampliado o *ethos* nesses espaços.

Pode-se ter com os exemplos inventariados anteriormente a ideia de que, a partir da constituição da PNAB, 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 AB 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 AB, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), previstos em 2008, por meio da já revogada Portaria n.º 154. Vale destacar que a(o) psicóloga(o), anteriormente aos NASFs, poderia ser visto na AB, contudo, tal serviço ocorria a depender de projetos muito pontuais, quase sempre tentando abarcar projetos voltados a saúde mental no território. Mas, com os NASFs é que se encontra assumida a busca metodológica de apoio ao trabalho com 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 AB, convivem sob a autocrítica 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 proje-

tos e territórios). Na organização atual dos NASFs pode caber a uma equipe constituída de cinco profissionais da área da saúde, cobrir uma população de vinte mil pessoas, o que desde já se coloca como desafio para a prática da(o) psicóloga(o) na AB, que será abordado posteriormente nesse documento. A partir do surgimento 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 AB como central e em meio à rede de saúde. A possibilidade de incorporações de tecnologias nesse período com a assunção da política conseguia aqui, pelo menos no nível discursivo, revisão da equivocada designação da Atenção Básica como “rede básica”, tentada já em 1997, ou seja, a AB ficou estabelecida na rede e não era uma rede à parte do que mais constituísse o sistema de saúde.

Evidente está que, com a PNAB, o espaço da AB 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 AB. 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 resolubilidade, a clínica ampliada é considerada uma tecnologia de cuidado individual e coletivo, ao mesmo tempo. De acordo com a PNAB, ela visa a “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 de-

mandas. 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. Evidenciado está que, pelo menos no nível dos discursos postos para a AB, a ampliação dos fenômenos encontra-se bem colocada.

Ainda, com a PNAB 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 AB. 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, p. 24).

A AB 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 (SUAS), 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 n.º 7508/11.

Este Decreto 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 AB 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 AB), 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 AB, evidenciado está que a ética abordada até aqui 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 AB, em face de sua história de constituição. A compreensão dessa ética ultrapassa a 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 AB 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 AB 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, voltadas a mudança de uma racionalidade em saúde. O trabalho da(o) psicóloga(o) na AB envolve o sofrimento ético-político, tal qual desenvolveu Sawaia (2003), relativo às relações de exclusão de toda ordem, de gênero, de trabalho, de projeto etc. E nesse sentido, 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

Já foi abordado anteriormente como a construção do NASF se relaciona com a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica e 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 AB, 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 requirite.⁵ 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

5 Uma questão que se discute sobre o modelo do matriciamento trata do lugar em que nos localizamos no esquema do NASF AB: o acesso sem o filtro das equipes é comum no cotidiano de práticas da Psicologia na AB, embora na política isso seja restrito. Uma grande parte do trabalho de muitos profissionais acaba sendo o de explicar o fluxo e buscar estratégias para fazer o acolhimento e trabalhar de forma coletiva junto à equipe de saúde.

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 AB, temos territórios adscritos e equipes dentro e fora da 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; é possível apoiar as equipes de Saúde Prisional, Consultórios na Rua, as Equipes Ribeirinhas e Fluviais. 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; PELEGRINI, 2007). Ter boa saúde e qualidade de vida, como define a conferência realizada sobre o tema em Otawa (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, op. cit.).

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, op. cit.).

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 de trabalho sobre a prevenção e a promoção 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), e a outros profissionais de saúde, colaborar no processo de construção dessas redes para que possam produzir cuidado para além da presença de profissionais de saúde.

Nesse sentido, se destaca a dimensão da relação com o território no trabalho da Psicologia: conhecer e acompanhar os códigos e símbolos circulantes nesses espaços é uma chave importante para estabelecer um bom diagnóstico e estratégias de intervenção possíveis e conectadas às vidas dos usuários.

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 questiona-

mentos 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 grupos minoritários possuem maior vulnerabilidade no acesso à saúde, e a construção de políticas de acesso e cuidado em saúde para elas são um exemplo disso, 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.⁶ 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, em uma parceria. A perspectiva de construção coletiva da abordagem da Psicologia e em sintonia com as pessoas 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 hiperten-

6 Podemos inferir dessa forma que a aproximação das práticas da Psicologia junto aos problemas mais prevalentes em saúde mental na AB (questões ansiosas, depressivas, somatizações e na relação com álcool e outras drogas) pode contribuir para ampliar a legitimidade do Nasf AB e da Psicologia, junto às ESF.

são, procurando a UBS como um espaço de acolhimento para seus problemas, ou uma mulher que chega à 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 online, num cenário de precarização do trabalho e das garantias trabalhistas, violências diversas, quando todos os dias temos um novo urgente e absurdo chegando. Sempre que possível, as ações devem estar lastreadas nas muitas políticas construídas para populações especialmente vulneráveis, como idosos, de adolescentes e jovens, da mulher, da população LGBTQI+ e das pessoas negras.

Ao discutir esse tema, já é possível ver a importância do papel da atitude de parceria que a(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.⁷

Importa dizer ainda que desenhemos nessa sessão uma ênfase especial ao trabalho da Psicologia da prevenção e promoção da saúde pois muitas vezes, por conta da história da nossa profissão também, estivemos colados na ideia de trabalhar no sistema do profis-

7 Veja a primeira nota de rodapé desse texto para contextualização da letra do samba da G.R.E.S. Estação Primeira de Mangueira aqui mencionada.

sional liberal, que atua sobre problemas já instalados, geralmente. A resposta assistencial é parte fundamental do nosso trabalho, que por vezes toma a maior parte do exercício profissional no cotidiano e por isso é tão importante observar a relação com prevenção e promoção.

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 a 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 princípio, a agenda de uma psicóloga(o) deve abarcar todas essas atividades. Sabemos, pela experiência dos profissionais no campo, que as pressões pela quantidade de pessoas pedindo por assistência individual e a importância que as gerências e secretarias de saúde dão para as respostas a essas demandas dificulta a realização desse plano de trabalho, empurrando a equipe como um todo para atividades assistenciais individuais. Este é um problema principalmente político, dado também pelos cortes que muitas cidades têm sofrido no orçamento da saúde como um todo e faltam profissionais para responder adequadamente a tantas demandas e também reflete um modelo biomédico e médico centrado, baseado no atendimento e encaminhamento, que vigora em alguns lugares ainda no país.

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 — em parceria com outras profissões — num sistema

como o SUS e a AB. Vamos discutir o que fundamenta a portaria do Ministério da Saúde n.º 154/2008, que trata da criação no NASF e seu funcionamento a partir de uma lógica matricial. No escopo da ESF, as(os) psicólogas(os) estão no NASF AB, mas outros arranjos são possíveis, uma vez que se trata de uma política nova e a presença de profissionais psicólogas(os) pode estar organizada de outras formas. Muitas(os) psicólogas(os) trabalham em unidades que não estão no modelo da ESF, e podem estar em conexão com a atenção promovida pelos CAPSs, em Centros de Convivência na Atenção Básica, ou outros arranjos ainda. 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 cuidado.⁸

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 a otimizar recursos e pessoas. A equipe matriciadora (NASF AB) é externa às equipes mínimas (EqSF) e funciona trabalhando para várias delas, divididas em tipos

8 O histórico de experimentação da lógica de matriciamento, como discute Campos (1999), data da década de 1990, anterior à portaria publicação em 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, n.º 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 Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2005). Essa portaria foi revogada e suas propostas compuseram o NASF, perdendo o “I” inicialmente proposto.

de equipes NASF AB, número de EqSF atendidas e carga horária de profissionais.⁹ A proposta foi testada no âmbito da saúde 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).¹⁰

A ideia do apoio matricial “é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13). Nela, se estabeleceu que existam equipes de referência que trabalhem com algum objeto ou questão específica — no caso da AB, a população e suas necessidades de saúde subscrita a um território — e uma equipe na retaguarda — de apoio matricial — 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

9 O número de equipes de APS que o NASF pode apoiar também está definido em diversos documentos, como na Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Na portaria n.º 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 n.º 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.

10 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 Geriatria; 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.

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 de o apoio matricial oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS, 1999; CHIAVERINI, 2011, p. 13). Isso significa dizer que a equipe se forma e se desfaz a partir das necessidades do caso: se num caso que está em jogo questões ligadas a sintomas ansiosos num usuário, psicóloga(o), assistente social que tenha maior vínculo com o usuário e uma terapeuta ocupacional podem ser acionadas para cuidar do caso; da mesma forma, dependendo do caso, outros profissionais podem ser acionados. A capacidade volante da equipe diz sobre seus deslocamentos e montagens possíveis. É certo que essa forma não hierarquizada é de difícil aplicação no campo de trabalho real, uma vez que o ambiente histórico em que as profissões da saúde cresceram produziu muitas disparidades entre elas. Na prática, as equipes mínimas precisam muitas daquelas(es) que trabalham com saúde mental no NASF AB e as(os) acionam bastante, muitas vezes tentando “passar o caso”. A insistência na construção coletiva e no deslocamento de olhares estereotipados sobre usuários é uma parte importante do trabalho.

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 questões do trabalho das(os) psicólogas(os) na AB, pois o esquema aqui proposto depende de uma rede bem organizada e do bom seguimento do fluxo. Na prática, visa a estender, dinamizar e multiplicar a forma de atuação dos especialistas. Vamos supor que uma mulher aposentada de setenta 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 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 crônica, e que conta

ainda com três de seus filhos, adultos, morando na mesma casa. De que formas a equipe NASF AB 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 AB 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 AB para reabilitação fisioterápica e de dor crônica na abordagem da Psicologia; 6) Se as equipes não considerarem necessário o envolvimento do NASF AB, 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 outros profissionais do NASF AB neste 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. Esse breve exemplo apresenta como o conhecimento sobre o território e as possibilidades que ele pode engajar no tratamento é fundamental. 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 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 AB 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 prioriza o atendimento individual como prática da Psicologia no NASF AB. Para o bom funcionamento do sistema, é importante que exista uma rede de psicólogas(os) que possa atender na estrutura da clínica individual periódica e regular 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 AB 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.º 27 e n.º 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. Além disso, do alinhamento a essas políticas, destaca-se ainda o cuidado com usuários de álcool e outras drogas e ainda as práticas de redução de danos que tem como objetivo minimizar os riscos e danos associados ao uso de drogas.

A Clínica Ampliada se refere a uma prática que engloba e não se limita à Psicologia ou à ESF, envolvendo 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 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 NASF AB 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 AB 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)¹¹ (BRASIL, 2015) nos faz discutir e ajuda a pensar.

Uma grande questão que dificulta o trabalho da EqNASF AB 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 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, ao deslocamento da lógica biomédica e a transformação do cuidado centrado na doença. A questão da confidencialidade e discrição dos profissionais no

11 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.

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 AB pode ser um empuxo à nossa profissão, propondo 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 dando lugar a um sentido 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 modelo do apoio matricial está ligado à qualificação do serviço da AB visando a aumentar a resolutividade e a abrangência das atuações a partir da desconstrução da lógica do encaminhamento, tão recorrente 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. Mesmo na AB, os formatos de funcionamento podem estar organizados a partir dessa lógica do encaminhamento, embora seja importante investir no trabalho coletivo. 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 como 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, reunião de equipe e 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 pode se basear 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 esquivas 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. Ressalta-se, ainda, que a clínica ampliada e o apoio matricial não são práticas exclusivas dos NASFs AB ou mesmo da ESF, mas práticas possíveis não só na atenção básica à saúde como em todas as estratégias de cuidado.

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 a construção de uma sensibilidade nesse sentido. 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 parceiras(os) Agentes Comunitárias(os) (ACs), 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 foi 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, a busca por 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., dezesseis 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 AB sabia que existiam muitas pessoas vivendo em uma casa: mãe, três adolescentes (uma filha e dois filhos) com idades entre quinze e dezoito 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 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 ao 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 estava com doze anos. Conta que ela está bem, mas não sai de casa ou trabalha e tem pouca vida social no grupo da igre-

ja. 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. O psicólogo, a estagiária e a ACS, também mulheres negras, puderam fazer intervenções na casa de J. e levar o diagnóstico para discussão junto à EqSF, NASF 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 a 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 cinquenta 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, de 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. 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.

Um espaço importante onde a lógica da clínica ampliada se faz presente em íntima relação com o território é a modalidade de equipe de AB que faz atendimentos a pessoas em situação de rua. Essa população, geralmente profundamente heterogênea, pode se encontrar numa situação de extrema vulnerabilidade social por estarem expostos a toda sorte de violências e possivelmente com vínculos sociais fragilizados ou inexistentes. O consultório na rua é uma iniciativa prevista na PNAB de 2011 que visa a aplicar a lógica do cuidado da clínica ampliada e construída coletivamente oferecendo a presença da política pública de saúde no cuidado de quem geralmente foi excluído de todas as proteções que a educação, a moradia digna, a segurança pública e outras políticas ainda, foram negadas. A presença de psicólogas(os) é possível nas duas modalidades desse consultório, em que se discutem nas itinerâncias pela cidade o potencial transformador dos vínculos e da oferta de cuidado não compulsória.

Contribuições da Psicologia ao tema

O Conselho Federal de Psicologia publicou, em 2009 (CFP, 2009), um ano após a publicação da portaria n.º 154/MS (BRASIL, 2008), um documento 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 NASFs AB 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 NASF, no CAPS, professores de graduação e com práticas na pós-graduação, como em residências). Nesses dez anos avançamos em número de NASFs AB 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 oitentas, 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, que trata do estabelecimento de um teto dos gastos público por vinte anos, o que pode inviabilizar o investimento necessário no SUS, como discutem Vieira e Benevides (2016).

Daquela publicação (CFP, 2009) 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 Humanização¹² (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 ESF, como discutido no eixo anterior, a discussão dos atributos da Atenção Básica, como discute Bárbara Starfield é

12 A Política de Humanização do SUS (PNH) é bastante inspirada nas produções de conhecimento da Psicologia Institucional e resultado de uma reflexão importante para o campo da saúde

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 (re)situar o papel da Psicologia no SUS como um todo e, principalmente, na AB. 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 a 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 pelo 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, apesar desta inserção não ser homogênea no território nacional, é porque desde o ano de 2008, ano de publicação da portaria n.º 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 dez anos de existência no país, o número de psicólogas(os) atuando na AB, 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 neste campo. Segundo o DataSUS, em dezembro de 2007 havia 4.704 profissionais da Psicologia atuando na AB do SUS. Esse contingente significativo de psicólogas(os) adentraram este campo atendendo aos chamados de duas frentes, já discutidas nos eixos anteriores dessa Referência: primeiro, a grande expansão da ESF 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. Há de se ressaltar também, como locus do trabalho da(o) psicóloga(o) na AB, os Consultório de Rua — mais tarde transformados em Consultório *na* rua — criados em 1999, na Bahia, que foram posteriormente assumidos pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de Atenção Básica em Saúde.

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 antimaniacomial dentro da atenção básica.

Na pesquisa realizada pelo CREPOP sobre a atuação de psicólogas(os) na AB do SUS, os 240 respondentes apontaram como principal contexto de atuação a UBS, mas também ambulatorios de hospitais, serviços públicos ligados a outras políticas, como Assistência Social e órgãos ligados ao poder judiciário (CFP, 2008). 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, havia poucos profissionais. Segundo o DataSUS, apenas 78 profissionais da Psicologia atuavam em NASF¹³ 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 ESF, na área docente, na gestão do serviço, elaboração de pareceres, laudos e prontuários. Vale aqui o recorte de alguns relatos de entrevistadas(os) da pesquisa do CREPOP (CFP, 2008) que traduzem o fazer de psicólogas(os) no contexto da AB naquele ano para, após, podermos dialogar com pesquisas realizadas ao longo desses dez anos de NASF:

Infelizmente no local onde trabalho ainda nos é cobrado que o foco principal sejam os atendi-

13 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.

mentos clínicos. Assim, realizo por volta de trinta 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. (P40-13)

[...] atendimento individual, houve uma tentativa de grupo, mas não deu certo ainda (P40-322)

[...] 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. (P40-03)

[...] acompanhamento psicológico de pessoas encaminhadas por demais profissionais [...], além daquelas pessoas que procuram espontaneamente pelo serviço de Psicologia. (P40-326)

[...] mensalmente, realizo um grupo de apoio aos familiares e cuidadores de portadores de transtorno mental. (P40-448)

Realizo grupos de orientação psicológica a saúde mental: tabagismo; alcoolismo; e substâncias psicoativas; TOC; - visando a ao reconhecimento quanto aos seus danos e na cessação quanto ao seu uso e tratamentos (P40-160)

A lógica curativo-individualista ainda deixa psicólogos(os) impotentes frente às expectativas de gestores, equipes multiprofissionais e usuários de receberem uma escuta 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 do 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 quatro paredes [...] (P41-400)

Chamada de clínica hegemônica ou individual, a prática, aprendida na maioria dos bancos das universidades, 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 CREPOP 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 CREPOP apontou que em 2008 as(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. (P41-110)

Não temos equipes multidisciplinares e em muitos momentos faltam discussões sobre os casos, os profissionais trabalham isoladamente [...]. (P41-306)

A fragmentação do cuidado já vem sendo abordada pelas reformas sanitária e psiquiátrica desde os anos setentas (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) citados 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; 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; 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 instrumental 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, apud FURTADO; CARVALHO, 2015; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013) impede que a(o) profissional da Psicologia crie vínculos com as equipes de ESF/AB e com o território fazendo com que as equipes apoiadas não compreendam 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, apud FURTADO E CARVALHO, 2015), por uma interpretação equivocada do termo “saúde mental”, fortalece a lógica do atendimento individualizado, curativista, descontextualizado e desvinculado de outros saberes. Ademais, mantém a não implicação dos demais profissionais da ESF/AB 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 dos 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 apud 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 pacificação e isolando cada vez mais psicólogos(os);

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. A(o) profissional da Psicologia, destarte, não se vê impelida(o) 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) psicólogos(os) inseguras(os) 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 fronteiro 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 a(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 dez anos de NASF. Segundo os autores, algumas equipes, com receio de que o NASF se transforme numa espécie de ambulatório em um espaço entre as atenções primária e secundária,

buscam uma homogeneidade, fazendo com que a equipe como um todo esteja sempre envolvida nas mesmas ações. 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.

Nesse sentido, o monitoramento da efetividade do trabalho do NASF-AB, em particular do trabalho da(o) psicóloga(o), deve levar em consideração alguns indicadores importantes como: redução das filas de espera na AB para serviços especializados em Saúde Mental; redução dos encaminhamentos da AB para serviços especializados de Saúde Mental; redução do número de pessoas que utilizam medicação psicotrópica; diminuição de internações e reinternações psiquiátricas no território coberto pela AB; ampliação das ofertas de laço social no território coberto pela AB; diminuição de tabagistas no território; maior adesão às ofertas das EqSF para as questões ligadas a obesidade, entre outros; redução dos casos de suicídios consumados e acompanhamento mais adequado das tentativas de suicídio dentro do território.

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

1. Construir agendas compartilhadas periodicamente com a EqSF e equipes de AB de forma participativa visando a 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 nítidos 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 a(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, a(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 a redução das dependências do usuário em relação aos profissionais e aos serviços e incentiva o autocuidado;
5. Reconhecer que seu fazer é permanentemente afetado 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, pobreza, gênero, relações raciais, diversidade sexual, religiosidade e processos de adoecimento. Além disso, diante das pressões do contexto local, a(o) psicóloga(o) pode inserir em sua clínica outras categorias e coletivos que, inclusive, possam pro-

por um remodelamento do cuidado através, por exemplo, de um grupo de mulheres para o enfrentamento à violência, 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, realizadas pelos níveis secundários e terciários, no território de abrangência do NASF e baseado em suas demandas, como forma de reduzir a pressão vinda da atenção básica aos serviços como policlínicas e hospitais;
7. Incentivar, apoiar e envolver-se na criação de grupos na AB, cuidando do planejamento, escopo, objetivos e duração. Lembrar que os grupos não podem ter uma função de prescrição (de condutas e formas de adaptação), mas sim de criação de vínculos afetivos e comunitários e apoio às situações de vulnerabilidade;
8. Inserir-se nas visitas domiciliares compartilhadas em que a singularidade do caso demandem a escuta da subjetividade do sujeito, de sua família ou comunidade;
9. 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, com especial atenção à construção de estratégias possíveis em comunidades pequenas;
10. Promover espaços de divulgação do fazer da(o) psicóloga(o) nos diversos âmbitos do SUS evidenciando potencialidades e limitações;

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.

EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO DAS(OS) PSICÓLOGAS(OS) NO SUS

Neste eixo analisaremos as relações de trabalho no âmbito da política pública de saúde e os desafios para sua efetivação, discutindo as condições de trabalho, a organização dos processos de trabalho e os limites e dificuldades encontradas pelas(os) profissionais na sua atuação. O pressuposto do eixo gestão do trabalho é de que “todos os atores na saúde disputam a gestão e a produção do cuidado” (MERHY, 2002). Desse modo, as(os) psicólogas(os) são convocadas(os) a participarem da gestão de seus processos de trabalho. Essa perspectiva corrobora com a Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza como um de seus princípios a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004).

Desde o início da entrada das(os) psicólogas(os) na AB, seu trabalho vem sofrendo muitas mudanças e se tornando mais amplo e complexo. Como já visto nos eixos anteriores, com a expansão da ESF e a criação dos NASFs, novos aspectos da atuação passaram a ser demandados dessas(es) 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 AB 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; NORMAN, 2015). Enquanto temos um limite de 3.450 usuários por EqSF, países com população menos vulnerável tem limites bem menores, como a Espanha com 2.500, o Reino Unido com 2.000 e Portugal com 1.500 (GIOVANELLA, et al., 2008). Isso traz como consequência uma sobrecarga de trabalho tanto para as EqSF quanto para seus apoiadores.

Neste Eixo, além dos dados da pesquisa do CREPOP (CFP, 2008), trabalhamos também com os dados do Relatório Preliminar de Análise Qualitativa dos Dados do Campo Atenção Básica à Saúde (BRIGAGÃO, et al., 2009) e com o relatório de uma pesquisa mais recente, realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais em 2016 sobre atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde em Minas Gerais (CRP-MG; UFTM, 2018), além de outras pesquisas para o diálogo entre os diferentes momentos históricos da política de Atenção Básica. As falas transcritas de profissionais que aparecerão a seguir neste eixo referem-se a extratos retirados das três pesquisas acima citadas.

Iniciamos essa discussão com a questão da variação salarial encontrada nos vários municípios onde ainda prevalecem os baixos salários. Em levantamento quantitativo da pesquisa do CREPOP 42,7 % recebiam até R\$ 1.500,00. Se levarmos em consideração que as(os) profissionais são, na sua maioria, qualificadas(os), 64,6 % possuem pós-graduação e 50,4 % delas(es) são especialistas, trata-se de uma remuneração distante do investimento que fizeram na própria formação. Em municípios maiores a remuneração costuma ser maior. Associado a isso, várias(os) profissionais se queixaram da carga horária de quarenta horas, entendendo que o desejável para esse tipo de trabalho seria de vinte horas. O contrato mais frequente é de trinta horas em 43,8 % das(os) respondentes da pesquisa. Chama a atenção o dado de que 86,7 % das(os) respondentes trabalham em organizações públicas, mas apenas 47,5 % são estatutários(as), indicando que boa parte dos municípios pequenos faz contratações via CLT e não no regime estatutário (CFP, 2008). Tal condição faz aumentar a rotatividade dos(as) 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.

É importante ressaltar que outra modalidade de contratação tem crescido, a via Organizações Sociais de Saúde (OSS), também com regime celetista. Por exemplo, o município do Rio de Janeiro fez recentemente uma grande expansão na sua Atenção Básica, privilegiando as OSS (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 AB no Brasil, ainda que existam vários estudos realizados sobre essa experiência no setor hospitalar (ABRUCIO; SANO, 2008). Nesse aspecto, é importante fomentar pesquisas que avaliem possíveis ganhos e/ou prejuízos que esse modelo de gestão na saúde tem trazido em sua implementação na AB.

Se compararmos os dados da pesquisa do CREPOP com os da pesquisa mais recente realizada no estado de Minas Gerais (CRP-MG; UFTM, 2018), dos 321 psicólogas(os) 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 %). Ou seja, em Minas Gerais 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 (33,6 %), combate a lógica da medicalização (29,9 %) e o despreparo dos(os) gestores(as) (27,1 %).

Ainda em relação à pesquisa de MG, quanto à carga horária, a carga de trabalho mais frequente relatada foi a de 31 a 40 horas/semana para 36,9 % das(os) 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 vinte 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 2018 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.

Um elemento relevante a ser frisado são as condições de trabalho distantes do que seria desejável. Os elementos mais aventa-

dos na pesquisa realizada em Minas Gerais (CRP-MG; UFTM, 2018) 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) há também a descrição de várias dificuldades ligadas às condições de trabalho das(os) psicólogas(os) na AB. 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. (P41-14)

A escassez de recursos materiais é um 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. (P41-71).

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 das(os) profissionais ao território, gerando em vários casos uma redução das reuniões de matriciamento (SOUSA FILHO, 2019).

A grande variabilidade das condições de trabalho na AB decorre da municipalização desse âmbito do trabalho em saúde. Em um país com tantas diferenças e desigualdades é difícil estabelecer uma norma geral que possa ser cumprida por todas as secretarias de saúde.

de. Em geral, municípios maiores e os que possuem maior produção, possuem orçamentos maiores e tendem a oferecer maiores salários. Em contrapartida, municípios menores e mais pobres operam com parâmetros distintos de remuneração e investimento em infraestrutura. Uma alternativa a essa situação seria o Ministério da Saúde criar um piso salarial para os profissionais do SUS, oferecendo uma complementação de recursos federais aos municípios que não conseguissem atingir esse valor com seu próprio orçamento.

Outro desafio a ser destacado para o trabalho da(o) psicóloga(o) na AB é o trabalho em equipe. Este campo de atuação lançou as(os) psicólogas(os) ao encontro de outros saberes/fazeres mais antigos na saúde pública, cujo trabalho estabelece uma interdependência. Vale a pena lembrar de que as(os) psicólogas(os), juntamente com outros(as) profissionais, ainda que estejam inseridas(os) 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.

Este tema surgiu com vigor nos dados qualitativos da pesquisa realizada em 2008 (BRIGADÃO, et al., 2009). 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. (P41-178).

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 [...]. (P41-306).

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. (P41-110)

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, 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 (P41-454).

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 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 ver-

tiginoso 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.; 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 psicólogas(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 psicólogas(os) atuando no SUS, o que correspondia a 10 % das(os) psicólogas(os) registradas(os) no Sistema Conselho de Psicologia. Em 2015, o número subiu para 49.412, com 19,53 % das(os) psicólogas(os) registradas(os). Isso correspondeu a um crescimento de 243 % em menos de dez anos (DALTRO; PONDÉ 2017). Outro levantamento realizado pelo CRP-MG (2010) 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, havendo um crescimento significativo de temáticas associadas ao trabalho em políticas públicas, em geral, e o trabalho na saúde, em particular.

O tema da formação foi abordado pelas(os) psicólogas(os) participantes da pesquisa do CREPOP (CFP, 2008) também em outras perspectivas, como os esboçam os fragmentos de falas a seguir. 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. (P41-225)

Ou ainda em avaliações mais generalizadas das deficiências da formação médica. A formação profissional pautada na medicina tradicional [...] (P41-77)

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. (P41-68)

O tema do apoio matricial em saúde mental, que visa a lidar diretamente com esse problema, 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) (P41-81)

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 [...] (P40-60)

Vemos o destaque da importância da ação gerencial na formação permanente. Nessa perspectiva, vale enfatizar a tradição de democracia institucional presente no SUS e a necessidade de seu fortalecimento e capilarização, especialmente nos municípios menores como aponta Campos (2008). Este autor tem defendido a importância da cogestão como eixo central da organização do SUS, contra a racionalidade hegemônica de caráter taylorista e piramidal. Vários instrumentos têm sido produzidos na direção da democratização das práticas em saúde, tais como o acolhimento, a gestão participativa, a clínica ampliada e compartilhada. A Política Nacional de Humanização (2004) explora com detalhes essas estratégias, mas podemos agregar a esses instrumentos o próprio apoio matricial, como prática dialógica e colaborativa. Contudo, observamos que a universalização dessas práticas ainda não ocorre em todos os serviços, ainda que tenha certa prevalência nas capitais.

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; 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.

Como tanto os dados do Relatório Preliminar (BRIGAGÃO et al., 2009) como os da pesquisa do CREPOP 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 do 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; UFTM, 2018).

Há uma tendência em curso no país de as secretarias municipais de saúde fazerem as contratações de psicólogas(os) através do NASF. Em Poços de Caldas, por exemplo, esse é o padrão (SOUZA FILHO, 2019). Isso implica que esses profissionais façam tanto a assistência aos(as) usuários(as) da Saúde Mental, ou seja, portadores de transtornos mentais severos e persistentes, quanto aos(as) usuários(as) das EqSF encaminhados aos NASF, com um perfil mais diversificado. Se por um lado é bom que usuários(as) egressos(as) de CAPS ou internações sejam acompanhados pela AB como um todo (logo, pelo NASF, usufruindo como qualquer outro usuário obeso, hipertenso etc.), por outro, a saúde mental na AB é um ponto estratégico para o sucesso da desinstitucionalização psiquiátrica, quando o trabalho psicossocial é bem conduzido. Lembrando que a contratação de psicólogas(os) via NASF traz recursos federais para os municípios, podemos supor que esse movimento tenderá a se acentuar, o que exigirá discussões específicas sobre o trabalho das(os) psicólogas(os) nessa dupla função.

O tema do excesso de demanda apareceu repetidamente nos grupos focais conduzidos pelo 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 [...] (P41-151).

Aqui vemos que não há protocolos de fluxo geral. Em alguns municípios, os pacientes devem sempre ser encaminhados pelas EqSF, enquanto em outros se aceita a demanda espontânea. O NASF atuando como porta de entrada de demandas, contraria as diretrizes de trabalho preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Isso pode ocasionar tanto o excesso de demandas, ao receber diretamente solicitações que não foram avaliadas pela EqSF, quanto impossibilitar o planejamento da gestão do trabalho na AB. Vale acentuar que os profissionais do NASF têm, na referida Portaria, instrumento para negociar a mudança nos processos de trabalho na AB.

Cabe ressaltar aqui a importância dos usuários para o trabalho no SUS. Uma pesquisa quantitativa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), quanto à percepção social sobre os serviços públicos de saúde no país, demonstrou que “os serviços públicos de saúde prestados pelo SUS são mais bem avaliados pelos entrevistados que tiveram experiência com esses serviços.” (IPEA, 2011, p. 8). Outras pesquisas também apontam que, sendo a saúde um projeto coletivo de produção de sujeitos, os usuários, na medida em que conhecem os serviços os quais acessam para atendimento, se engajam politicamente para sua melhoria. Ou seja, a participação e parceria com os usuários se mostram relevantes para a promoção de avanços no SUS (FERREIRA NETO; KIND, 2017).

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 nos municípios, tanto nos aspectos salariais, quanto na amplitude de responsabilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O saber-fazer da Psicologia no Brasil vem passando por transformações ao longo do tempo. Iniciamos nossa prática atrelada à 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 à 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 a 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 à 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 de 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 Emenda Constitucional n. 95, de 2016, 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 a todas e a 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.; SANO, H. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE**, v. 48, n. 3, pp. 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, pp. 284-299, dez. 2017.

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

AROUCA, Sérgio A. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese. (Doutorado em Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

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

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

BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 30, n. 3 pp. 634-649, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Out 2019.

BOTH, Valdevir; PERALTA, Jorge; Nara Aparecida PERUZZO. **Direito à saúde: desafios ao controle social**. Passo Fundo: IFIBE, 2013.

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**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____. _____. Portaria n.º 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>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____. _____. Portaria n.º 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>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____. _____. 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>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____. _____. Portaria n.º 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>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____. _____. Portaria n.º 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>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____. _____. Portaria n.º 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>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____. _____. **Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina.** 12 f. 2001.

BRIGAGÃO, J. I. et al. **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.

BUSS, Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO, Alberto. Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS, revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 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, v. 4, n. 2, pp. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Out 2019.

_____.; 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, pp. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Out 2019.

CARDOSO, M. M.; FERREIRA, R. G. **Educação continuada ou permanente: objetivo comum predominando especificidades frente a o processo ensino-aprendizagem.** Revista Saúde e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, pp. 126-136, 2014.

CASÉ V. **Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família:** quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LAN-

CETTI, A. **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: HUCITEC; 2000. pp. 121-36

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Atuação de psicólogos em serviços de atenção básica à saúde. Relatório de pesquisa. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

_____. A prática da Psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família / Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2009. 172 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminario_O_Nucleo_de_Apoio-beta.pdf>. Acesso em: 25 Out 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MG (CRP-MG). **Formação em políticas públicas nos cursos de Psicologia**: análise dos cursos de Psicologia de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

_____.; UFTM. **Atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde em Minas Gerais**. _____., 2018

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, pp. 701-709, 1999. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>>. Acesso em: 25 Out 2019.

DAROS, 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://boletim.ufsc.br/BU/2544/Livro-A-saude-em-debate-na-Educacao-Fisica-v-2>>. Acesso em: 28 fev 2011.

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

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE) **Projeto 2 — Levantamento de infor-**

mações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Final. Análise de Dados. São Paulo: s.n., 2016. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Relat %C3 %B3rio-final-Projeto-2-1.pdf](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**, Natal, v. 3, n. 1, pp. 53-81, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>>. Acesso em: 25 Out 2019.

DIMENSTEIN, M. D. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, pp. 57-63, 2001.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. 2. ed. amp. 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, pp. 9-17, jun. 2015.

GIOVANELLA L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública** v. 34, n. 8, 2018.

_____.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: _____. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ /CEBES, 2008. pp. 575-625.

KLEIN, Ana Paula. **Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo no NASF no município de São Paulo**. 2015. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-03022016-144719/publico/AnaPaulaKlein.pdf>>. Acesso em: 25 Out 2019.

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, pp. 1167-1187, dez. 2013.

LO BIANCO, A. C. et al. Concepções e atividades emergentes na Psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHAR, R. **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**, pp. 7-79. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

LOPES, Ana Maria Pereira. Percursos na problematização da medicalização da vida: medicina social e individual, transnacionalização da saúde e experiência da saúde ampliada. In: LEMOS, F.C.S. et al. (Orgs.). **Práticas de judicialização e medicalização dos corpos no contemporâneo**. Brasília: CRV. pp. 585-600.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80s. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, pp. 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**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1997.

MELO, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp., pp. 328-340, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/328-340/>> Acesso em: 25 Out 2019.

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. (Orgs.). **Psicologia e Sociedade: interfaces no debate da questão social**. Campinas: 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, pp. 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**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, pp. 1293-1311, 2012.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, Mar. 2015

PEDUZZI, Marina et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. Esc. Enferm. da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, pp. 977-983, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>>. Acesso em: 25 out 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, pp. 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*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>>. Acesso em: 25 out 2019.

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

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

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

SOUSA FILHO, Carlos de. **A atuação das equipes de Saúde da Família com as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes**. 2019. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa

de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://bib.pucminas.br/acervo/520243>. Acesso em: 26 maio 2019.

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

TRIAANTAFILLOU, 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, 1978.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do Psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, pp. 30-37; jan.-abr. 2007.

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

2007 — Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS.

2008 — Referências técnicas para a prática do(a) psicólogo(a) nos programas de DST e AIDS.

2010 — Referências Técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação.

2011 — Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) — informações para gestoras e gestores.

2012 — Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em programas de medidas socioeducativas em meio aberto.

2012 — Referências Técnicas para atuação das psicólogas (os) no Sistema Prisional.

2013 — Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social — CREAS.

2013 — Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial.

2013 — Referências Técnicas para atuação de psicólogos (os) em programas de atenção a mulheres em situação de violência.

2013 — Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores.

2017 — Relações Raciais — Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os).

2018 — Referências Técnicas para atuação de psicólogas em políticas públicas de mobilidade humana e trânsito.

2019 — Referências Técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) em questões relativas à terra (*Edição Revisada*).

2019 — Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) na Educação Básica (*Edição Revisada*).

2019 — Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação do(a) psicólogo(a) (*Edição Revisada*).

2019 — Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas (*Edição Revisada*).

2019 — Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de esporte.

2019 — Referências técnicas para atuação do psicólogo em Varas de Família (*Edição Revisada*).

2019 — Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) em serviços hospitalares do SUS.

2019 — Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde.

ISSN 978-63-5069-004-5



9 786550 690045 >



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia



CREPOP
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas