

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DAYANE APARECIDA BORGES CARAVIERI MORAIS

A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
contribuição da Psicologia no município de Franca/SP

FRANCA - SP

2023

DAYANE APARECIDA BORGES CARAVIERI MORAIS

A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
contribuição da Psicologia no município de Franca/SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social:
Trabalho e Sociedade

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Formação e Trabalho Profissional

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Adriana Giaqueto Jacinto

FRANCA - SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

M827d

Morais, Dayane Aparecida Borges Caravieri

A dimensão educativa do trabalho na Atenção Básica à Saúde:
contribuição da Psicologia no município de Franca/SP / Dayane
Aparecida Borges Caravieri Moraes. -- Franca, 2023
108 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Adriana Giaqueto Jacinto

1. Dimensão Educativa. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Atuação da
Psicologia. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

Impacto potencial desta pesquisa

Diante da nova concepção de saúde, como sendo um fenômeno de múltiplas determinações e considerando os determinantes sociais que impactam a saúde mental, inclusive com o agravamento da questão social em um contexto pós pandêmico, acrescentado a inserção do profissional da Psicologia na Atenção Básica à Saúde, a partir do movimento de Reforma Sanitária, tornou-se relevante analisar a dimensão educativa do trabalho, assim como a atuação da Psicologia, visto que as ações em saúde mental são capazes de promover mudanças nas condições e modos de vida, através do diálogo e da troca de experiências, sem deixar de considerar os conhecimentos e saberes dos usuários. Além disso, a proximidade da Unidade Básica de Saúde com o território da população a torna um espaço estratégico e oportuno para o acesso e cuidado em saúde mental, levando à uma melhora na qualidade de vida do usuário. Assim, essa pesquisa trouxe um debate articulado e reflexivo dos dados obtidos, correlacionando com o referencial teórico, visando contribuir com uma transformação social no sentido de superação dos desafios e formulação de estratégias para a atuação da Psicologia, com vistas ao atendimento das demandas exigidas no momento atual. Assim, este se inclui como contribuição social por meio da disseminação de conhecimento.

Potential impact of this research

Given the new conception of health as a phenomenon of multiple determinants and considering the social determinants that impact mental health, including the worsening of the social issue in a post-pandemic context and the inclusion of Psychology professionals in Primary Health Care due to the Health Reform Movement, it became relevant to analyze the educational dimension of the work, as well as the work of Psychology, since mental health actions are capable of promoting changes in living conditions and ways of life, through dialogue and through exchange of experiences, while taking into account the knowledge and know-how of users. In addition, the proximity of the Basic Health Unit to the population's territory makes it a strategic and convenient space for mental health access and care, leading to an improvement in the user's quality of life. Therefore, this research brought an articulated and reflective debate on the data obtained, correlating it with the theoretical framework, aiming to contribute to social transformation in the sense of overcoming challenges and formulating strategies for Psychology's work, focusing on meeting the demands of the present moment. Thus, it is included as a social contribution through the dissemination of knowledge.

DAYANE APARECIDA BORGES CARAVIERI MORAIS

A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
contribuição da Psicologia no município de Franca/SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Formação e Trabalho Profissional

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Dr.^a Adriana Giaqueto Jacinto

Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus de Franca

Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta

Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus de Franca

Prof.^a Dr.^a Valéria Beghelli Ferreira

Centro Universitário de Franca – Uni-FACEF

Franca, 04 de agosto de 2023.

AGRADECIMENTOS

Muito obrigada,

- a Deus, que me permitiu fazer esta Pós Graduação;
- aos meus pais, pela educação, perseverança e apoio incondicional;
- aos profissionais que se disponibilizaram a falar sobre sua atuação;
- à minha orientadora pela competência;
- a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para o êxito deste trabalho.

“Não há saber mais ou menos: há saberes diferentes.”

Paulo Freire

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo compreender como se dá a efetivação do trabalho do psicólogo na Atenção Básica à Saúde, especificamente nas UBS do município de Franca/SP, a partir da perspectiva da Dimensão Educativa. Para tanto, fez-se uma análise da consolidação das políticas públicas de saúde como forma de resposta do Estado a questões trazidas por movimentos sociais num processo de redemocratização do país. Contexto esse que se dá na sociedade capitalista, na qual sua forma de produção e reprodução interfere no processo de saúde/doença, como preconizado pelo SUS, ao afirmar que a “saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. A partir daí, foi abordada a dimensão educativa como forma de intervenção do trabalho, visto que na literatura encontra-se, entre as atividades exercidas pelo psicólogo, a psicoeducação como uma estratégia de promoção de saúde. Por meio de entrevistas semi-estruturadas com a participação de cinco profissionais, foram realizadas apreensões de dados e análise dos mesmos. Os resultados apontam que são diversas as ações de intervenção utilizadas pelos profissionais, tendo em vista a complexidade dos casos que chegam para atendimento, sendo que as intervenções grupais são utilizadas com bastante frequência, sejam na modalidade de psicoterapia grupal, sejam em rodas de conversas ou palestras. Nesse sentido, os profissionais elucidam a dimensão educativa como inerente à prática profissional, pois consideram que as intervenções psicoterapêuticas são psicoeducativas, pois há uma troca de informações e experiências que contribuem para a aprendizagem de novos hábitos e comportamentos que contribuem para a promoção de saúde. Contudo, é reforçada a importância da presença do profissional de Psicologia na Atenção Básica em Saúde como espaço estratégico para acesso e cuidado da demanda.

Palavras chave: Dimensão Educativa. Atenção Básica à Saúde. Atuação da Psicologia.

ABSTRACT

The present research aimed to understand how the work of the psychologist in Primary Health Care, specifically in the health facilities of Franca, São Paulo, is carried out from the perspective of the Educational Dimension. To do so, it was made an analysis of the consolidation of public health policies as a State's response to issues brought by social movements in the process of redemocratization of the country. This context takes place in the capitalist society, in which its form of production and reproduction interferes in the health-disease process, as advocated by SUS (Brazilian National Health Service), when it states that "health has determining and conditioning factors, such as food, housing, basic sanitation, environment, work, income, education, transportation, leisure, and access to essential goods and services". From then on, the educational dimension was approached as a form of work intervention, since we find in the literature, among the activities performed by the psychologist, the psychoeducation as a health promotion strategy. The semi-structured interviews were conducted with five professionals, the data were collected and analyzed. The results indicate that the professional use several intervention actions, taking into account the complexity of the cases that seek treatment, in which the group interventions are used quite frequently, whether it be group psychotherapy, conversation circles or lectures. In doing so, the professionals clarify that the educational dimension is inherent to the professional practice, because they consider that the psychotherapeutic interventions are psychoeducational, since there is an exchange of information and experiences that contributes to the learning of new habits and behaviors that improve health promotion. However, the importance of the presence of the professional psychologist in the Primary Health Care is reinforced as a strategic space to access health services and to deal with the laments.

Keywords: Educational Dimension. Primary Health Care. Role of Psychology.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGSM	Coordenação Geral de Saúde Mental
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREPOP	Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRPRS	Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul
CRPSP	Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
DENERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EaD	Educação à Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LBA	Liga Brasileira de Assistência

LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
PAIS	Programa de Ações Integradas em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PLC	Projeto de Lei Complementar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Plano Nacional do Desenvolvimento
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	18
1.1 CONTEXTO SÓCIO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SUS E A CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	18
1.2 SUS E CONTRARREFORMA DO ESTADO.....	36
2 PSICOLOGIA NO SUS.....	43
2.1 A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	43
2.2 O PAPEL DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID 19.....	51
3. A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	58
3.1 SOBRE A DIMENSÃO EDUCATIVA.....	58
3.2 A DIMENSÃO EDUCATIVA E A PSICOLOGIA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista.....	103
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	105

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentam um novo modelo de saúde, no qual as múltiplas determinações sociais, políticas e econômicas influenciam no processo de saúde/doença da população e assim também influenciam as formas de resposta do Estado.

Para refletir sobre o trabalho da Psicologia na área da saúde e compreender a política pública de saúde enquanto resposta do Estado, torna-se necessário analisá-los no contexto das relações de produção e reprodução da sociedade capitalista.

A sociedade capitalista está organizada com base na propriedade privada dos meios de produção e de subsistência e se concretiza a partir da exploração da força de trabalho, na qual de um lado, o trabalhador precisa vender sua força de trabalho para garantir sua subsistência e, de outro o capitalista se apropria da riqueza produzida pelo trabalhador.

Este é o contexto que norteia a análise em relação ao objeto de estudo, visto que a saúde somente pode ser compreendida como um fenômeno social de múltiplas determinações a partir de situações efetivas. Essa maneira de viver em sociedade produz e reproduz as determinações do processo de saúde, compreendida como produto social, contextualizado historicamente, assim como as formas de respostas do Estado e da sociedade, a partir da luta de classes e do trabalho enquanto construção da sociabilidade humana e na qual, na sociedade capitalista, adquire outras determinações a partir do seu modo de produção.

Ao estudar as políticas públicas de saúde no Brasil, é necessário fazer uma contextualização sócio-histórica para que possamos entender melhor a complexidade e especificidade de cada fenômeno, em cada época na sua interioridade e exterioridade, sem deixar de observar as relações conflitantes e contraditórias entre a classe trabalhadora e o Estado, construídas durante esse processo, os movimentos sociais e os estudos previamente desenvolvidos, tema que foi abordado no capítulo 1.

Dessa forma, foram analisados os avanços históricos construídos coletivamente, principalmente a partir da década de 1980, que foi considerada um período de significativas transformações sociais a partir do agravamento da questão social e do fortalecimento das lutas sociais diante do aumento das contradições do modo de produção capitalista, que culminaram em um processo de redemocratização do país, tendo sua consolidação a partir da Constituição de 1988.

Para compreender como se efetiva o trabalho do psicólogo na Atenção Básica, inicialmente foi caracterizada historicamente a forma como se configura a saúde enquanto

política pública, através do SUS, considerado marco importante na democracia brasileira, destacando a Atenção Básica e sua importância na consolidação de ações de natureza preventiva e de promoção de saúde em conformidade com os princípios do próprio sistema público de saúde.

A partir dessas questões apresentadas, foi abordada, no capítulo 2, a configuração do trabalho do psicólogo na saúde e ainda foi analisada a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde durante a pandemia de Covid 19.

Já no capítulo 3 foi abordada a Dimensão Educativa, na perspectiva de que ela é inerente ao trabalho, visto que as intervenções psicoterapêuticas, principalmente, quando realizadas em grupo, são consideradas como abordagens psicoeducativas, pois há uma troca de informações e experiências que contribuem para a aprendizagem de novos hábitos e comportamentos, contribuindo, assim, para a promoção de saúde.

Ainda no capítulo 3, foram analisadas as respostas dos participantes articulando com as teorias que subsidiaram a pesquisa.

Nessa perspectiva, o estudo teve então, como objetivo geral, analisar a dimensão educativa do trabalho na Atenção Básica à Saúde e a atuação da Psicologia no município de Franca – SP e como objetivos específicos a) compreender como a política pública de saúde orienta o trabalho da Psicologia na Atenção Básica à Saúde; b) analisar como se dá a dimensão educativa nas ações do/a psicólogo/a na Atenção Básica à Saúde; e c) Refletir a atuação da profissão no SUS, suas potencialidades e limites.

Esta pesquisa foi realizada com referencial científico pautado no método qualitativo e no materialismo histórico-dialético, com revisão bibliográfica disponíveis em fontes reconhecidas de dados, tais como, Scielo, Lilacs, além de livros, teses, monografias, sites, periódicos, artigos e outros, que visam dar suporte ao tema discutido.

A escolha do método qualitativo se dá visto que há preocupação em “resgatar concepções, significados, opiniões; um nível da realidade que não pode ser quantificável, mas pode ser sistematizado, catalogado, categorizado, analisado e compreendido” (TURATO, 2000).

O método qualitativo, segundo Turato (2000), não se situa apenas sob os referenciais paradigmáticos, mas a partir deles, e diferentemente do que se encontra na literatura, lança mão de conceitos emprestados da Psicanálise para delinear a pesquisa, definir os pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos e para a interpretação dos resultados. O pesquisador é movido por suas angústias e ansiedades pessoais, tendo uma posição existencialista, para compreender a questão humana, identificando-se com o outro.

A metodologia clínico-qualitativo, para Turato (2000, p. 96),

[...] é o estudo teórico [...] de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde [...].

Já o materialismo histórico-dialético busca compreender a relação sujeito-objeto, a maneira como o ser humano se relaciona com a natureza, com a vida, enquanto ser histórico.

Esta relação (sujeito-objeto) pode ser compreendida a partir de diferentes abordagens, mas, segundo Pires (1997), a dialética marxista aparece como uma tentativa de superação da separação entre sujeito e objeto.

Pires (1997) complementa que o pensamento marxista se preocupa em captar as articulações do problema em estudo, analisar as evoluções e rastrear as ligações sobre os fenômenos que o envolvem.

O método se caracteriza pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, ou seja, descobrir leis fundamentais que possam definir a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade.

E, para o pensamento marxista, segundo Pires (1997) isto pode ser compreendido a partir das análises empreendidas sobre uma categoria considerada central: o trabalho, porém na sua forma mais ampla.

Segundo Antunes (2004), o homem, ao atuar por meio do movimento da sua corporalidade, sobre a natureza externa e ao modificá-la, ele também modifica a sua própria natureza.

Em relação ao universo da pesquisa, o estudo foi realizado com os psicólogos que estão inseridos nas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Franca, interior de São Paulo.

O município de Franca conta com aproximadamente 347 mil habitantes e dispõe de 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 01 Consultório na Rua, segundo informações obtidas através de contato com a Secretaria de Saúde.

Como previsto na Lei n.º 8080/90, as UBS são consideradas a “porta de entrada” do SUS e dispõem de consultas nas áreas de Atenção Básica em Saúde - ABS (Clínica Médica, Ginecologia e Pediatria). Elas têm como missão a promoção e assistência à saúde, ações preventivas em saúde coletiva e promoção do autocuidado e estão disponíveis para toda a população. No município de Franca, as UBS têm cobertura em toda a extensão do município, cada um com sua área de abrangência, devendo o usuário buscar a unidade mais próxima de

sua residência.

As UBS devem ser procuradas para as seguintes ações: prevenção e cuidado com a saúde com o objetivo de evitar doenças; cuidados e controle do diabetes; saúde bucal; exames preventivos de câncer de colo de útero e câncer de mama; aplicação de vacinas; realizar curativos e inalações; fornecer medicamentos padronizados da atenção básica; fazer o cadastramento do usuário no SUS; controle e acompanhamento da pressão arterial; acompanhamento pré-natal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças; tratamento e acompanhamento das doenças mais frequentes; coletar exames laboratoriais e participar de grupos educativos, caminhadas, entre outros.

Segundo informações obtidas através do site da prefeitura do município, na seção ‘Como usar o SUS’ (c2022), para ter acesso às demais especialidades médicas, os usuários precisam ser encaminhados pelos profissionais das UBS e as consultas podem ser realizadas tanto em unidades próprias da Secretaria Municipal de Saúde como em estabelecimentos conveniados com a mesma e a saúde mental é tratada através de equipes multiprofissionais, com oferta de cuidados aos portadores de transtorno mental, realizados junto às suas famílias, com o objetivo de evitar a internação e promover a reabilitação psicossocial dos cronicamente comprometidos.

O município possui equipe de saúde mental presente nas Unidades Básicas de Saúde, para apoio às equipes de saúde da família no atendimento aos cidadãos portadores de transtorno ou sofrimento mental. Todas as Unidades Básicas de Saúde contam com a presença de um profissional da Psicologia, além de ter esse profissional inserido também em outros locais como Casa do Diabético, Programa de Saúde Auditiva e Ambulatório de Saúde Mental (COMO USAR O SUS, c2022).

No que tange à coleta de dados, em um primeiro momento, foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde para expor o objetivo da pesquisa e solicitar autorização para que ela fosse realizada nas unidades referidas. A pesquisa foi autorizada e foi indicado que entrasse em contato com a Coordenadora de Saúde Mental para agendar as entrevistas. Ao entrar em contato com ela, houve um convite para participar da reunião mensal realizada com os profissionais da Psicologia, com o objetivo de conhecer o fluxo de atendimentos e poder expor a pesquisa. A coordenadora também sugeriu que, ao invés de entrevistar todos os profissionais, visto que há um protocolo estabelecido para os atendimentos, fosse escolhido um profissional de cada região de atendimento para representar todo o município. Sendo assim, ficou decidido que seriam realizadas cinco entrevistas, com os profissionais das seguintes regiões: norte, sul, leste, oeste e centro.

Desse modo, no início da reunião, foi feita a apresentação do objetivo da pesquisa e explanado sobre a sugestão da coordenadora. Dessa forma, os profissionais se organizaram por região, de maneira consensual e espontânea entre eles, indicando aqueles que poderiam participar da pesquisa, sendo que todos se mostraram muito dispostos a participar. Feito isso, foram trocados contatos de telefone para posterior agendamento da entrevista.

No momento da entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitando-se que o profissional assinasse como forma de registrar seu aceite. Essas foram realizadas no local de trabalho de cada profissional, sendo possível conhecer a Unidade.

As entrevistas foram semiestruturadas, intercalando questões abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a liberdade de discorrer a respeito do tema apresentado. Este instrumento possibilita a coleta de informações que tratam da reflexão do próprio participante a respeito da realidade que este experiencia, revelando sistemas de valores, normas e símbolos (MINAYO, 2004).

Para melhor análise dos dados, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e 510/2016, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), referente à pesquisa com seres humanos, autorizado pelo processo n.º 5.530.227, respeitando o sigilo quanto à pessoa e a sua participação; a garantia de liberdade de escolha quanto à participação ou não na pesquisa, assim como sua desistência em qualquer momento; e os cuidados com a manutenção da integridade pessoal e profissional, ressaltando, ainda, que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa junto à instituição envolvida.

O sigilo das informações obtidas será preservado, sendo resguardados os nomes dos participantes e das instituições a que estão vinculados, através de nomes fictícios, tendo em vista que o instrumental da entrevista foi o mesmo para todos os participantes.

Todos os questionamentos realizados aos profissionais contribuíram para as reflexões da pesquisadora sobre a temática, no sentido de se aproximar da realidade do cotidiano profissional, considerando as possibilidades e desafios referentes ao exercício da profissão.

Para uma análise crítica torna-se fundamental o debate articulado e reflexivo dos dados apreendidos correlacionando com o contexto sócio histórico, para compreender as contradições presentes no fenômeno pesquisado, com a finalidade de um debate que contemple a complexidade da realidade social por meio do método do materialismo histórico

dialético.

Portanto, essa pesquisa visa contribuir com uma transformação social, no sentido de superação dos desafios e formulação de estratégias para o atendimento psicológico na Atenção Básica à Saúde.

A devolutiva da pesquisa ocorrerá pela socialização da mesma via e-mail aos profissionais participantes, assim como à coordenação e à Secretaria de Saúde.

1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SUS E A CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Para compreender as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) é importante conhecer as diferentes dimensões da história da saúde e da doença no país. Para tanto, faremos uma trajetória do assunto desde os tempos coloniais, discorrendo sobre as condições de saúde da população em vários momentos nesse período, as políticas públicas que foram criadas para lidar com as doenças que afetavam o país e as instituições e conhecimentos utilizados como impulso para as ações coletivas em saúde.

De acordo com informações obtidas através de um curso oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), na modalidade Educação à Distância (EaD), sobre a História da saúde pública no Brasil, desde o descobrimento do país os índios já sofriam de algumas enfermidades, mas a situação se agravou com a chegada dos colonizadores. Foram trazidos muitos negros africanos para o trabalho escravo nos engenhos de açúcar no Nordeste e, mais tarde, para a mineração no Sudeste, o que gerou um novo grupo social vulnerável e criou o sistema de exploração que iria mover a economia da Colônia e, posteriormente, do Império (FIOCRUZ, 2022).

As condições de saúde da população negra eram lastimáveis e os problemas começavam desde a captura forçada deles, pois a travessia pelo Oceano Atlântico era feita em navios-prisões, nos quais os negros africanos vinham amontoados, sem condições de higiene, alimentação e cuidados médicos. A cada cinco escravizados embarcados, um morria antes de chegar.

Doenças como tuberculose e escorbuto, além de outras verminoses eram muito frequentes, devido ao contexto de violência e superexploração, falta de alimentação e de boas condições de moradia, assim como a ausência de cuidados médicos, já que eles eram alvo de atenção somente quando sua morte significasse perda econômica para o seu senhor (FIOCRUZ, 2022).

Para enfrentar as enfermidades, os escravos recorriam a práticas de cura construídas a partir de sua concepção de doenças, formadas em suas experiências e relações em diversos grupos sociais. Alguns acreditavam que as doenças eram causadas por maus espíritos e pessoas, através de bruxaria e feitiçaria, e quem tratava dessa população eram denominados curandeiros, parteiras, barbeiros sangradores, escolhidos pela população que compartilhavam

a mesma concepção de doença. Eles escolhiam esses ofícios como forma de sobrevivência e de melhorar as condições de vida e se constituíram o apoio fundamental para os que sofriam com doenças, no momento em que a saúde estava longe de ser um direito de todos (FIOCRUZ, 2022).

Durante o período colonial, as condições de vida e de saúde eram muito variadas e as febres eram um dos principais problemas. Tratavam-se, na verdade, de diferentes doenças que tinham origem desconhecida, mas eram caracterizadas de maneira genérica como febres intermitentes. A malária e a febre tifóide eram algumas das doenças que surgiam com frequência em diversas regiões nas quais a presença de insetos ou de água contaminada possibilitava a transmissão. Também era muito freqüente a tuberculose, lepra, sífilis, febre amarela.

A varíola chegou ao país através dos europeus no século XVI, gerando surtos em diversas cidades, atingindo primeiramente os índios, reduzindo e até extinguindo diversas tribos. Em meados do século XIX, o aumento dos surtos de varíola, febre amarela e outras doenças fez surgir as primeiras instâncias governamentais voltadas para a melhoria das condições de saúde no Brasil. Segundo informação da FIOCRUZ (2022) a varíola foi a primeira doença a ser alvo de uma ação pública específica.

Em 1804, liderados pelo Marquês de Barbacena, comerciantes baianos pagaram a ida de escravos à Europa para serem inoculados pela varíola e em 1808, com a chegada da Corte, a vacina antivariólica ganhou impulso, sendo que, mais tarde, em 1811 foi criada a Junta Vacínica da Corte com o objetivo de implantar a vacinação no país.

Com a chegada da Família Real, em 1808, houve grandes transformações, pois surgiu a necessidade de abertura comercial, desenvolvimento dos meios de comunicação, ampliando o contato com outras nações européias.

As primeiras instituições médicas surgiram depois da Independência do país. Em 1829 foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, reunindo a elite médica na busca de melhorias nas condições de saúde da Corte e do fortalecimento institucional da medicina. Os cursos médicos cirúrgicos existentes na Bahia e no Rio de Janeiro foram transformados em faculdades de medicina em 1832 e começaram a formar médicos, farmacêuticos e parteiras. Era o início oficial da medicina brasileira. E em 1835 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi transformada em Academia Imperial de Medicina, passando a ser uma instituição oficial, ativa no aconselhamento do Estado em temas de saúde pública. Porém, essas iniciativas não conseguiram melhorar as condições de saúde da população (FIOCRUZ, 2022).

Com a Independência, novas atividades e instituições surgiram no país, como manufaturas, pequenas fábricas, entre outras. Assim, as áreas urbanas das regiões economicamente mais ativas, começaram a atrair trabalhadores e negócios. Essas transformações trouxeram grandes impactos na área da saúde, fazendo surgir diversas doenças, a maioria delas relacionadas à alimentação inadequada e as condições de vida precária.

Em 1831, a Junta Vacínica ganhou um novo nome: Junta Central de Vacinação e apesar de ter o objetivo de ampliar o uso da vacina no Império, a atuação da Junta foi muito restrita, pois havia muita resistência à aplicação da vacina diretamente de uma pessoa a outra. Sendo que a vacinação foi mais utilizada nos escravos, já que seus senhores estavam preocupados com a manutenção de suas vidas, pois eram vistos como sua propriedade (FIOCRUZ, 2022).

Já em 1846 foi criado o Instituto Vacínico do Império, que se responsabilizou pela vacinação anti-variólica no Rio de Janeiro e pela fiscalização dos serviços de vacinação que deveriam ser criadas pelas câmaras municipais.

Algumas das doenças tinham causa, tratamento e prevenção desconhecidos, mas a cólera, em virtude dos problemas que vinham causando em diversos países, era mais conhecida pelos médicos europeus, mas apesar deles ainda ignorarem sua forma de transmissão, o médico inglês John Snow a descobriu em 1855. Eram então realizados o isolamento e quarentena nos navios, para evitar a propagação das doenças e os doentes recebiam atendimento nas enfermarias da Santa Casa e em outras instituições filantrópicas.

Segundo a FIOCRUZ (2022), com as descobertas da microbiologia por um químico francês, nos anos 1870, os estudos mostravam que as doenças eram causadas por microorganismos específicos possíveis de serem combatidos com algumas medidas, como isolamento dos doentes, exames biológicos, soro e vacinas. No Brasil, os estudos iniciaram nas duas últimas décadas do século XIX e os trabalhos pioneiros vieram dos laboratórios da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e do Museu Nacional, onde os pesquisadores tentavam encontrar a causa das epidemias que assolavam o país.

Em 1888, com a abolição da escravidão e a Proclamação da República, houve muitas mudanças e o desenvolvimento de diversas regiões a partir da exportação de alguns produtos agrícolas, o que fez surgir núcleos urbanos populosos, na maioria das vezes, insalubre, marcando a criação das primeiras ações de reforma urbana e saneamento da história.

A República foi formada pela elite, que objetivava mudar a face do país, principalmente da capital, Rio de Janeiro, para evitar o afastamento de comerciantes e

imigrantes estrangeiros. Assim, julgavam necessário mudar o quadro sanitário das cidades, já que eram insalubres e dominadas por epidemias. Então a melhoria da condição sanitária dos grandes centros tornou-se questão política e econômica de relevância e os serviços de saúde começaram a ocupar espaço no debate político (FIOCRUZ, 2022).

Em 1891 foi promulgada a constituição republicana, que transferiu para os municípios e estados as atribuições relacionadas ao campo da saúde.

Os centros urbanos estavam ficando cada vez mais populosos e desordenados e, a cada ano, surgiam epidemias que devastavam grande parte da população e dificultavam a economia, se tornando um obstáculo para o governo e um desafio para os médicos. Apesar dos conhecimentos que os médicos já possuíam sobre diversas doenças, suas práticas para controlar as epidemias eram muito restritas, além disso, os médicos acreditavam que o surgimento das doenças transmissíveis se relacionava a elementos invisíveis, aos quais denominaram de miasmas.

A cada ano surgiam novos surtos de febre amarela, cólera, varíola, malária, peste bubônica e tuberculose. Essas eram as doenças que mais causavam mortes nessa época. A peste bubônica era já conhecida na Europa e surgiu no Brasil em 1898, tendo início no porto de Santos e ensejando o estabelecimento de medidas de quarentena e a criação dos principais institutos de pesquisa biomédica brasileiros, sendo eles, os institutos Butantan e o Oswaldo Cruz, que tinham como objetivo produzir o soro contra a doença.

Vale lembrar que, nessa época, segundo a FIOCRUZ (2022), as vacinas contra a varíola, por exemplo, já eram conhecidas e utilizadas no país, mas a população ainda desconfiava do produto e resistia à sua aplicação, mas a gravidade dos constantes surtos da doença fez com que a vacina se tornasse obrigatória em São Paulo.

A grande preocupação do Estado durante o final do Império e por quase toda a Primeira República era controlar as doenças epidêmicas que causavam prejuízo às atividades econômicas, mas a assistência médica hospitalar ficava por conta de entidades filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia e as entidades ligadas à colônia de imigrantes, como a Beneficência Portuguesa.

A saúde pública passou por uma reforma em 1896 que originou na Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que foi criada com o objetivo de responder aos problemas de saúde que não era de responsabilidade dos Estados e se vinculou ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, assumindo algumas atribuições: a direção dos serviços sanitários dos portos; fiscalização do exercício das profissões de medicina e farmácia; estudos sobre doenças

infecciosas; organização das estatísticas demógrafo-sanitárias e; auxiliar os Estados em momentos de epidemia, sob solicitação dos governos locais (FIOCRUZ, 2022).

A expansão da lavoura de café originou um novo bloco de poder centrado na aristocracia paulista, em 1902 na República, compondo o núcleo do poder nacional que consolidou com a política café com leite, que determinava a rotatividade das oligarquias paulistas e mineiras na direção do país pela alternância dos seus representantes na presidência.

Já a cidade do Rio de Janeiro, segundo a FIOCRUZ (2022), continuava populosa e com isso, suja e carente de serviços, o que desagradava a elite e poderia atrapalhar o comércio, então durante a presidência de Rodrigues Alves, em 1904 teve início a reforma urbana. O governo tinha como objetivo modernizar a capital, assim como eliminar as epidemias. Seu projeto foi favorecido pelo governo anterior (Campos Sales – 1898-1902) que obteve êxito com a política de valorização da moeda.

Oswaldo Cruz foi quem realizou o saneamento da cidade, ele era médico, diretor do Instituto Soroterápico Federal (que mais tarde veio a se tornar Instituto e Fundação Oswaldo Cruz) e assumiu a chefia da DGSP em 1903, com o intuito de enfrentar as doenças epidêmicas utilizando estratégias diferentes das anteriormente utilizadas. Ele objetivava resolver as questões sanitárias agindo sobre as causas das doenças e impedindo seu alastramento.

Inicialmente focou as ações no controle da febre amarela, peste e varíola. A cidade foi dividida em diferentes distritos sanitários, cada qual com sua Delegacia de Saúde responsável pelas visitas de casas para destruição de focos de mosquitos, vacinação, etc. E em suas campanhas sanitárias, o médico fez uso de instrumentos legais de coerção, dando caráter militar ao que era visto como verdadeira guerra contra as doenças epidêmicas (FIOCRUZ, 2022).

Ao mesmo tempo, as demolições, desapropriações e um conjunto de normatizações urbanas (proibição de criação de porcos no quintal, da venda de alimentos nas ruas, entre outros), passaram a dificultar a vida da população de menor renda, ampliando também a resistência às medidas sanitárias.

A Lei da Vacinação Obrigatória, em 1904, desencadeou varias manifestações, que ficaram conhecidas como Revolta da Vacina. O governo decretou estado de sítio após alguns dias e desistiu da Lei. Como a vacina continuou a ser pouco utilizada, novos surtos de varíola surgiram nos próximos anos.

Contudo, segundo FIOCRUZ (2022), a cidade foi transformada nessa gestão que se encerrou em 1906, se tornando um centro moderno, com largas avenidas, prédios, jardins, mas a reforma teve seu custo, principalmente para as camadas mais pobres. A febre amarela e

a peste foram controladas, mas outras doenças que não foram alvo de campanhas continuaram vitimando, como a tuberculose e infecções intestinais.

Em 1907, a vitória de Oswaldo Cruz e sua equipe diante das epidemias no Rio de Janeiro foi premiada no Congresso de Higiene em Berlin e em 1909 as imagens das campanhas contra os mosquitos foram apresentadas na seção científica da Exposição Internacional de Higiene em Dresden (Alemanha). Dessa forma, Oswaldo foi alçado à posição de herói nacional (FIOCRUZ, 2022).

Em São Paulo, a reforma dos serviços de saúde aconteceu de maneira diferente, visto que, antes da proclamação da República, as oligarquias paulistas já começaram a investir em ações para evitar que as epidemias prejudicassem a economia local. Assim, em 1891, a vacina antivariólica foi estabelecida como obrigatória por uma lei estadual, que previa multa para os que não a seguissem (FIOCRUZ, 2022).

O Serviço Sanitário do Estado de São Paulo foi criado em 1892, com o objetivo de atuar na capital do estado e apenas fiscalizar e ordenar as atividades realizadas nos municípios. O novo órgão se constituía da Diretoria Geral de Higiene, responsável pelas normas sanitárias, e por diversos laboratórios e institutos de pesquisa, entre eles, o Instituto Butantan.

O governo também estabeleceu o novo Código Sanitário do Estado de São Paulo (1894), que regulava vários aspectos da vida urbana, como locais de passagem e estada, abastecimento, comércio alimentício, distribuição de água, esgoto, etc.

Além dos institutos de pesquisa e produção, segundo FIOCRUZ (2022), também compunham os serviços de saúde do estado, entidades como o Serviço Geral de infecção, o Asilo de Alienados do Juqueri e os hospitais de isolamento. Além disso, os inspetores sanitários auxiliavam na defesa contra as epidemias, já que eram responsáveis pela observação das normas do Código Sanitário, vacinação antivariólica, notificação compulsória de doenças epidêmicas e desinfecções domiciliares, que era considerada uma atividade complementar ao isolamento hospitalar.

As medidas conseguiram interromper as constantes epidemias de febre amarela e outras doenças, diminuindo os índices de mortalidade (FIOCRUZ, 2022).

Após a implantação das medidas sanitárias no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz fez algumas viagens de inspeção sanitária aos portos do país. Outro pesquisador, Carlos Chagas, também fez expedições e grandes descobertas, como a da Doença de Chagas. Essas expedições do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) revelaram um Brasil ignorado pela maioria da população, mostrando as trágicas condições de vida da maioria das pessoas.

Então nasceu o chamado Movimento Sanitarista, que tinha como principal finalidade a adoção de uma política sanitária em âmbito nacional, centralizada pelo governo federal e entendia que o que prejudicava o progresso do país não era a mestiçagem, como acreditavam parte considerável da elite, mas sim o abandono pelo poder público de um povo entregue à própria sorte (FIOCRUZ, 2022).

Sua origem esteve diretamente ligada à divulgação dos resultados das expedições do IOC. O relatório mostrou uma população sertaneja degradada física e socialmente, inepta para o trabalho e vitimada por endemias, envolto em um ambiente de miséria e ausência do poder público. Também atravessou as fronteiras da medicina e passou a embasar as reivindicações pelo saneamento rural do país.

Um dos frutos do Movimento foi a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, fundada um ano após a morte de Oswaldo Cruz, em 1918, e sua principal aspiração era a criação de um órgão federal para centralizar e coordenar as ações de saúde pública. A Liga foi presidida por Belisário Penna e fortaleceu o movimento em defesa de uma reforma sanitária que ampliasse os serviços de saúde para todo o país. Até o presidente Wenceslau Brás, assim como vários intelectuais, militares, escritores e cientistas, fizeram parte do Movimento (FIOCRUZ, 2022).

No mesmo ano a gripe espanhola chegou ao Brasil, causando uma enorme quantidade de mortos, tendo como principal consequência a conscientização de que os serviços de saúde existentes não eram adequados, o que tornava urgente a reforma de todo o sistema.

Ainda em 1918 foram criados pelo governo federal o Serviço de Medicamentos Oficiais da União e o Serviço de Profilaxia Rural e Belisário ainda liderou a criação de mais oito postos de profilaxia no Distrito Federal, os quais foram incorporados ao Serviço de Profilaxia Rural.

Em 1919, Carlos Chagas foi indicado para comandar a DGSP, que foi transformada em 1920, em Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o que significou um enorme avanço na história da saúde pública brasileira. Dentre as atribuições do órgão, estavam o combate às doenças venéreas, à lepra e à tuberculose, assim como a regulação de serviços sanitários e fiscalização das profissões e das atividades comerciais e econômicas relacionadas à área da saúde, sendo ampliadas mais tarde, passando a abranger também a propaganda e a educação sanitária e promoção de higiene infantil, industrial e profissional.

Os postos foram resultados da formação de convênios entre os governos estaduais e a União, com exceção do estado de São Paulo, e tinham como atribuições, além da assistência aos doentes, a distribuição de medicamentos, promoção da educação em saúde, realização de

obras de engenharia sanitária e a produção de estatísticas. Além disso, guarda importantes semelhanças com o que mais tarde veio a se chamar Serviços Básicos de Saúde (FIOCRUZ, 2022).

No que tange a São Paulo, sob a direção de Artur Neiva, em 1917, foi promulgada a reforma do Serviço Sanitário Paulista, fruto de um acordo entre lideranças políticas locais (os “coronéis”) e a administração pública, sendo que a principal novidade foi a criação de um Código Sanitário Rural, que permitiu ao governo estender as ações de higiene e saúde pública ao campo e às cidades do interior.

Em 1922, Geraldo de Paula Souza assume a direção do Serviço Sanitário e em 1925 foi promulgada uma nova reforma que teve como pilares: educação sanitária, criação de postos de saúde, visão ampliada da saúde e reforço dos institutos de pesquisa. Além disso, com a reforma nasceu um novo agente de saúde pública: as educadoras sanitárias, que elaboravam cartazes de propaganda e conselhos de higiene, fazendo palestras, exposições, conferências, difundindo-se a educação com o objetivo de criar uma consciência sanitária (FIOCRUZ, 2022).

Paula Souza tinha a intenção de criar cinco centros de saúde na cidade de São Paulo, porém inaugurou apenas dois: o Centro de Saúde Modelo e o Centro de Saúde do Brás.

As iniciativas em relação à participação do Estado na assistência médica individual datam de 1923, quando o governo instituiu as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) pela Lei Eloy Chaves, voltadas, a princípio, para os funcionários das empresas ferroviárias. Assim, inicia-se de fato a formação de uma previdência social no país. As CAPs apresentavam um caráter semi-público, visto que eram fiscalizadas pelo Conselho de Trabalho (posteriormente pelo Ministério do Trabalho) e deveriam oferecer quatro benefícios básicos: aposentadoria, pensões, cuidados à saúde (entendidos como serviços médicos e venda de remédios a preços baixos) e auxílio funeral.

Mais tarde, por volta de 1930, foram instituídos os IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões, com outra lógica de organização do sistema de previdência, já que englobariam as categorias profissionais não mais por empresa, mas em uma perspectiva nacional e com forte interferência do poder estatal.

Em 1930, segundo FIOCRUZ (2022), foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. No governo Vargas (1930-1945) houve o regime de interventorias, que foi uma tentativa do governo federal de quebrar as oligarquias estaduais, aspecto central do federalismo da Primeira República. Porém, a nomeação dos interventores encontrou

resistência nos estados, dando destaque a reação paulista que resultou na Revolução Constitucionalista de 1932.

Após a Revolução Constitucionalista de 1932 em São Paulo, que representou a oposição das oligarquias estaduais às interventorias de Vargas, o processo de elaboração da nova constituição foi intensificado e a nova carta foi promulgada em 1934. Esse governo foi marcado por tensões políticas, debate entre fascismo e comunismo, cenário que foi utilizado como prerrogativa pelo governo para um novo golpe de Estado, em 1937, culminando no Estado Novo, que foi considerado o período mais autoritário do governo varguista. Vale lembrar que, no Estado Novo, os símbolos estaduais foram banidos em nome da união da pátria e o fortalecimento do aparelho estatal foi intensificado. Nesse sentido, a área da saúde além de receber significativa atenção na proposta de construção da nação, também teve seu aparato ampliado, sobretudo a partir das reformas implementadas pelo ministro da educação e saúde Gustavo Capanema. Com a aprovação da reforma de 1937, o território brasileiro foi dividido em oito regiões, cada uma com uma Delegacia Federal da Saúde.

A ideologia do governo era de uma nação uma, harmônica e indivisível e ganhava destaque a metáfora do “corpo da nação” usada em discurso oficial do Estado para a defesa de uma atenção especial ao bem-estar corporal e marcado pela “militarização dos corpos”, criando a disciplina da Educação Física nos currículos escolares. Essa metáfora também estava ligada ao aumento da importância do cuidado com a saúde da população, com base em um forte princípio de educação sanitária e preocupação com a higiene (FIOCRUZ, 2022).

Desta forma, a centralização administrativa era um dos princípios da vinculação da saúde a esse projeto nacional, com os serviços vinculados às instituições do governo federal e verticalização das ações, sendo criado em 1941 os Serviços Nacionais, que foram responsáveis por coordenar ações verticalizadas para doenças e agravos específicos, como a malária, a tuberculose, o câncer e as doenças mentais.

Outro elemento fundamental, nesse período, para a construção da saúde pública, foi a instituição das Conferências Nacionais de Saúde, um espaço para o diálogo entre as esferas estadual e federal, viabilizando a sistematização de normas técnicas e administrativas da área da saúde (FIOCRUZ, 2022).

No que tange à classe médica, o período marco a criação de novas faculdades de medicina fora dos centros tradicionais e a incorporação do modelo norte-americano, chamado biomédico, no ensino médico, que foi o resultado da atuação da Fundação Rockefeller no país. Foi um momento de grande influência dos Estados Unidos, inclusive por conta da Segunda Guerra Mundial e as relações estabelecidas com o Brasil, que resultou também na criação do

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, em 1942, uma agência bilateral brasileiro-americana, planejada inicialmente pelos norte-americanos, como uma agência temporária, com objetivos militares, que sobreviveu ao término da guerra e reorientou seus objetivos no contexto da Guerra Fria. O objetivo passa a ser, então, a construção de um modelo distrital de atendimento à saúde, fundamentado numa rede horizontal e permanente de unidades sanitárias.

Nessa época, a filantropia ganhou uma atuação mais próxima do Estado com a criação, em 1942, pela primeira-dama Darcy Vargas, da Liga Brasileira de Assistência (LBA). A Liga assumiu um papel importante na forma de agir pela elite, por conta da atuação das mulheres (esposas de médicos, empresários, políticos) que mobilizaram a criação de importantes instituições de assistência. A filantropia também se destacou na organização do cuidado materno-infantil e câncer (FIOCRUZ, 2022).

No ano de 1948, houve a primeira Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, que ratificou a criação formal da Organização Mundial da Saúde (OMS).

As discussões acerca dos problemas sanitários das regiões mais pobres do país mobilizaram especialidades como a Parasitologia e a Medicina Tropical e em 1953 foi realizado o Primeiro Congresso Médico do Nordeste Brasileiro colocando como pauta principal as chamadas doenças tropicais, principalmente a doença de Chagas e a leishmaniose (FIOCRUZ, 2022).

Nessa época as doenças ainda eram muito associadas às condições de pobreza, dessa forma, os projetos de saúde dos governos, sobretudo o de Juscelino Kubitschek, enfatizaram os programas de erradicação das doenças pestilenciais e de massa. Para tanto, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), em 1956, dentro do recém-separado Ministério da Saúde (1953).

Em relação aos Sistemas de Previdência, durante os anos de 1930-1940 surgiram vários Institutos de Aposentadorias e Pensões, de acordo com as categorias profissionais. Porém, influenciados pelos critérios tecnicistas, com lógica contencionista, com o intuito de reduzir as despesas, vários institutos restringiram serviços médicos, instituindo, de forma geral, assistência à saúde por contribuição suplementar. Essa situação fez com que os institutos sofressem vários questionamentos dos sindicatos e trabalhadores, até que, por conta do regime autoritário, foram calados (FIOCRUZ, 2022).

Por outro lado, a população mais pobre, que estava fora do mercado formal de trabalho, e assim, fora do sistema de previdência, continuou a contar apenas com poucos serviços de assistência à saúde, proporcionados por alguns postos e centros de saúde ou por

algumas entidades filantrópicas. E a população rural continuou sem nenhuma forma de assistência previdenciária, pelo menos até 1963, com a promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural. A saúde, assim, era um privilégio de quem tinha carteira assinada.

Por volta de 1960, o Brasil vivia um período de ditadura militar E o sistema público de saúde era separado em medicina previdenciária e saúde pública, sendo que a primeira abrangia a zona urbana com ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais, e estava a cargo do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP) e a segunda, estava sob o comando do Ministério da Saúde (MS), e abrangia a zona rural e os setores mais pobres da população, priorizando ações de caráter preventivo. Nesse contexto, a política de saúde do governo militar buscava incentivar a expansão do setor privado de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Desta forma, ainda conforme Paiva e Teixeira (2014), objetivando a privatização, ampliou-se a compra de serviços pela previdência e os incentivos fiscais foram facultados, para poder contratar companhias privadas ou cooperativas de médicos que fizessem prestação de serviços de saúde aos seus funcionários (os convênios empresa). Outro objetivo do governo era privatizar parte dos serviços médicos estatais que fossem considerados inadequados por não serem lucrativos.

No tocante à saúde, o diagnóstico da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) mostrou um quadro sanitário preocupante, unindo a baixa cobertura assistencial com a disseminação de doenças próprias da pobreza, como as verminoses e as de veiculação hídrica. Assim, as maneiras indicadas para o enfrentamento do quadro, segundo Paiva e Teixeira (2014), envolviam planejamento e avaliação de ações que, por sua vez, envolviam uma série de outros fatores.

Ainda em 1960, O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi transformado em Fundação SESP, vinculada ao Ministério da Saúde e a participação do serviço nos projetos de desenvolvimento associados à saúde é bastante ampla, incluindo o modelo de organização da saúde pública e suas formas de ação (FIOCRUZ, 2022).

Nesse contexto o câncer foi ganhando destaque e aos poucos, configurado como um problema urbano e industrial, já que foi considerado que sua incidência era um resultado direto do aumento das cidades e indústrias, assim como as mudanças de hábitos cotidianos e do desenvolvimento socioeconômico (FIOCRUZ, 2022).

Integrando os antigos IAP, foi criado em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que segundo a FIOCRUZ (2022), uniformizou a concessão dos benefícios e

extinguiu o modelo de gestão formado pela União, empresários e trabalhadores, garantindo, ao menos formalmente, a participação dos usuários dos órgãos de representação dos institutos.

Já em 1967, os acidentes de trabalho foram inclusos à assistência previdenciária e quatro anos mais tarde, a proteção se estendeu aos trabalhadores do campo, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural). Alguns anos mais tarde, seriam contempladas as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos. Assim, aqueles que não contribuíam para a previdência, continuaram sendo atendidos pela saúde pública nos postos de saúde e pelos serviços de saúde filantrópicos e as pessoas com maior poder aquisitivo, por consultórios e clínicas privadas (FIOCRUZ, 2022).

O debate acerca da saúde ocorria em um contexto de grandes transformações políticas e sociais. Os anos de 1970 foram marcados por um momento de grande repressão, entretanto originou iniciativas de distensão rumo à democracia. E um marco importante desse processo foi o lançamento do segundo Plano Nacional do Desenvolvimento (2º PND) que potencializou o crescimento do país em meados dessa década, porém seus efeitos foram limitados pela crise internacional. Apesar disso, o 2º PND conseguiu levar para a agenda do planejamento estatal algumas prioridades sociais como a saúde, a educação e os serviços urbanos de infraestrutura (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesse período houve maior articulação no âmbito do Ministério da Saúde, com ampliação do repasse de verbas para os estados e o desenvolvimento de projetos verticais direcionados ao controle de doenças como hanseníase, tuberculose e câncer. No ano de 1975 o Sistema Nacional de Saúde foi instituído por meio da Lei 6.229 e consolidou no Ministério da Saúde (MS) e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária. Assim, caberia à pasta da Saúde ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional e também a fiscalização e controle sanitários, além de outras medidas e ações de corte coletivo. Já o MPAS ficou responsável pela coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesse contexto, membros do nascente movimento sanitário brasileiro tentaram introduzir algumas mudanças graduais nas bases de organização do sistema de saúde. O movimento surge nesse contexto de luta contra a ditadura e se referia ao conjunto de idéias que se tinha sobre as transformações necessárias no campo da saúde e uma dessas mudanças graduais foi a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que segundo Escorel (1999, *apud* PAIVA; TEIXEIRA, 2014), foi lançado em agosto de 1976. Ele foi formalmente vinculado ao MS e se apresentava como uma iniciativa de

investimentos que objetivava a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior. O PIASS tinha dois grandes propósitos que eram: elevar, principalmente nas áreas rurais, o alcance de cobertura dos serviços médicos e viabilizar a regionalização da atenção e da assistência médica, com foco nos cuidados primários de saúde, de forma hierarquizada e descentralizada.

Ao mesmo tempo, o movimento da reforma sanitária avançava em seu processo de organização e ainda em 1976, um grupo de sanitaristas de Universidade de São Paulo instituiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, com o objetivo de editar um periódico especializado. Desde então, como afirmam Paiva e Teixeira (2014), o Cebes se tornaria uma das referências como entidade da sociedade civil e o periódico *Saúde em Debate* se tornaria um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento.

Crescia, em meio a esse contexto, segundo Paiva e Teixeira (2014) as críticas ao modelo biológico de tratamento, que era centrado nas doenças e em instituições hospitalares e a popularidade das abordagens integrais empregadas nos países em desenvolvimento. Tudo isso fez com que resultasse, em âmbito internacional, no estabelecimento da meta de "Saúde para todos no ano 2000", em 1977, e na proposição da Atenção Primária como estratégia central para alcançar essa meta, durante a Conferência de Alma-Ata - Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu na cidade de Alma-Ata em 1978.

Também foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1980, segundo a FIOCRUZ (2022), segundo documento oficial do próprio governo, havia no país cerca de 40 milhões de pessoas sem qualquer acesso aos serviços de saúde e assistência médica. Sendo assim, a experiência anterior do PIASS e a Conferência de Alma-Ata inspiraram a criação do Prevsáude, que visava promover a extensão dos cuidados primários de saúde a toda a população, interligados em uma rede única, regionalizada e hierarquizada sob controle do poder público, mas ele nunca chegou a ser efetivado.

Além dele, outra iniciativa importante que marcou o debate sobre a saúde no país foi o PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde, que entrou em funcionamento no segundo semestre de 1983, mas que foi prejudicado pela crise econômica. Então em janeiro de 1984, por iniciativa da direção do Inamps, o PAIS foi ampliado e transformado nas Ações Integradas

em Saúde (AIS). Assim, postos e centros de saúde passaram a oferecer assistência médica, além dos serviços e programas de saúde pública, em diversos municípios do país.

Em 1986, como ressaltam Paiva e Teixeira (2014), nesse momento de grande mobilização da sociedade, de luta pelas transformações no campo da saúde, em busca de melhoria da qualidade de vida de toda a população, médicos e profissionais desenvolveram teses e integraram discussões políticas que levaram ao grande marco da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo entre os principais temas discutidos, os seguintes: o dever do Estado e direito do cidadão no que tange à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento desse setor.

Por iniciativa da presidência do Inamps, em julho de 1987, houve uma reformulação dos convênios assinados com os governos estaduais no âmbito das AIS, que resultou em uma maior descentralização dos serviços de saúde, originando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (FIOCRUZ, 2022).

O Estado, então, passou por uma ampla reforma ao ser denunciada a situação de extrema pobreza pela qual passava um contingente expressivo da população em um período autocrático burguês, marcado principalmente, pelo expurgo de direitos. Assim, em meio ao enfrentamento de dois projetos antagônicos, a Constituição de 1988 representou um marco na história da sociedade brasileira com a garantia dos direitos sociais como nunca vistos antes. (OLIVEIRA *et al*, 2011).

Nesse sentido, a política de saúde, assim como as demais políticas sociais, surge como resposta do Estado às reivindicações da sociedade em busca de direitos. Está intimamente ligada à chamada “questão social”, que como reflete Yamamoto (2007), trata-se de um conjunto de problemas sociais, políticos e econômicos colocados pela emergência da classe operária no processo de constituição da sociedade capitalista, podendo ser traduzida como a manifestação no cotidiano da vida social da contradição capital-trabalho.

Com a Constituição, o Estado passa a ser responsável pela saúde dos cidadãos. Dessa forma, não só a saúde, mas também previdência social e a assistência social se tornam um direito do cidadão e dever do Estado.

Entretanto, após a regulamentação do SUS (Lei n.º 8.080) e da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.142) ambas em 1990, profundas mudanças políticas, econômicas e sociais ocorreram, dificultando a implementação do sistema, que tem como princípios: a universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para toda a população, sem distinção por renda, classe social, etnia, ocupação ou contribuição; a equidade da assistência a saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e; a integralidade da

assistência entendida como sendo um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, determinados para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990; SOUSA, 2008).

Assim, algumas iniciativas concretas foram desenvolvidas e ampliadas para fazer valer os direitos afirmados em âmbito constitucional, entre elas o Programa Saúde da Família (PSF), na Atenção Básica, o qual é atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF, como será abordado mais adiante), o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, o Programa Nacional de Imunização, o Programa Nacional de Controle de DST/Aids, o Sistema Nacional de Transplantes, o Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher, assim como também a vigilância sanitária (FIOCRUZ, 2022).

A Atenção Básica à Saúde possibilita o primeiro acesso da população ao sistema de Saúde, sendo a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abarca a promoção e proteção de saúde, assim como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o propósito de oferecer atenção integral que seja capaz de impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013).

Para produzir a atenção integral, a Atenção Básica à Saúde considera o sujeito em sua singularidade e contexto sociocultural, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, mantendo-se próxima da vida da população. É regida pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são situadas próximo de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e elas desempenham um papel central na garantia de acesso da população a um serviço de saúde de qualidade (BRASIL, 2012).

Como refletem Sarah Escorel *et al* (2007) após vários anos de privilégio à atenção hospitalar, como legado da medicina previdenciária, na qual a locação de recursos federais em estados e municípios se dava principalmente com base na produção de serviços e na capacidade instalada, os programas, esforços e investimentos públicos começaram, então, a focar na Atenção Básica, com a adoção do PSF fazendo uso de incentivos fiscais específicos e também da criação de mecanismos de transferência de recursos federais que são calculados com base no número de habitantes de cada município.

Segundo Sousa (2008), o PSF foi criado em março de 1994 e fazia parte de uma estratégia política que objetivava promover a organização das ações de Atenção Básica à

Saúde nos municípios e também estava incluso em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica (AB) e se respaldava em uma nova ética cultural e social, com o objetivo de promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

O eixo central do PSF era a noção de desinstitucionalização, visto que sua operacionalização se dava a partir do território, que, por sua vez, não se restringe a área geográfica, mas no lugar onde a vida se desenvolve, onde acontecem as relações, os conflitos.

O Ministério da Saúde estabeleceu, para o PSF, a implantação de equipe multiprofissional que deve ser composta, no mínimo, por um médico generalista ou especialista em saúde da família, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, pode incluir na equipe os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem, no Programa Saúde da Família (PSF), a sua estratégia prioritária para ampliação e consolidação da Atenção Básica, sendo que a qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deve se orientar pelas diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando, dessa forma, um processo contínuo e singular que considera e inclui as especificidades locais (BRASIL, 2013).

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) determinou a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB e passa a considerar a Saúde da Família (SF) como “estratégia nacional” e não mais como “programa” (BRASIL, 2011). Dessa forma, a Saúde da Família foi apresentada como estratégia para reverter o modelo de assistência vigente e fortalecer a Atenção Básica e, assim, o Programa Saúde da Família passa então a se chamar Estratégia Saúde da Família.

A nova política articula também a Atenção Básica com outras importantes iniciativas do SUS, como a ampliação de ações intersetoriais e de promoção de saúde, com a expansão do Programa Saúde na Escola e um acordo para uma alimentação mais saudável com as indústrias e escolas; instalação de pólos de Academia da Saúde; ampliação das ações de atenção domiciliar (BRASIL, 2013).

Assim, como afirmam Rosa e Silva-Roosli (2019), tensionando atender diferentes populações e realidades do Brasil, o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, foi criado por meio da Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008) e demonstrou o engajamento do Ministério da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica. Ele

apresentava um novo modelo de equipe, que incluía profissionais de diversas especialidades, incluindo a Psicologia, que atuam em conjunto com as equipes de Saúde da Família (eSF), compartilhando práticas e saberes, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, assim como adicionando práticas, na atenção básica, que ampliem o escopo de ofertas de serviços.

Como reforçam Tanaka e Ribeiro (2009) a Estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como a principal modalidade da atenção básica e tem como princípios a atuação no território através do diagnóstico situacional, pactuação com a comunidade para o enfrentamento dos problemas de saúde, objetivando o cuidado dos indivíduos e família ao longo do tempo; buscar apoio com instituições e organizações sociais e ser um espaço de construção da cidadania. Assim, a concepção da ESF preconiza a co-responsabilização entre a população assistida e a equipe e, a edificação de um novo paradigma que sustente o atual modelo, centrado no cuidar do sujeito, considerando suas várias dimensões e dentro do seu espaço de vida, que é o território.

E por meio do NASF, pretendeu-se organizar e estruturar a atuação de diversos especialistas na Atenção Básica - assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

O NASF foi compreendido como uma alternativa para superar a fragmentação do modelo assistencial, a partir do estabelecimento de conexões entre profissionais e equipes de diversos serviços, inclusive de outros setores, como a Assistência Social e a Educação, no sentido de potencializar a construção de redes e fluxos assistenciais no território de atuação dessas equipes (ROSA; SILVA-ROOSLI, 2019), porém o NASF foi extinto em 2019, por conta de mudanças no modelo de financiamento da AB.

Dessa forma, é possível perceber que a trajetória do SUS é marcada por continuidades e mudanças que ressaltam tanto seu papel estratégico na saúde pública, quanto suas limitações e contradições, deixando a idéia de que ele não é um sistema acabado, mas sim em permanente construção.

Recentemente, nos anos de 2015 e 2020 novas graves epidemias e uma pandemia (tríplice epidemia: dengue, zika e chikungunya e; Covid-19, respectivamente) atingiram o país, ressaltando novamente questões estruturantes do sistema de saúde brasileiro, corroborando o pressuposto de que processos epidêmicos são momentos importantes para se compreender questões políticas, sociais e culturais, visto a desorganização social trazidas por elas (FIOZRUIZ, 2022).

Assim, história da saúde se torna fundamental, não somente para conhecer os caminhos percorridos até os dias de hoje, mas também possibilita uma leitura crítica da realidade sanitária e da formulação de políticas e estratégias que considerem os aspectos estruturais e estruturantes do campo da saúde no país.

1.2 SUS E CONTRARREFORMA DO ESTADO

Menicucci (2011) reflete sobre a forma com que o direito à saúde foi definido na Constituição de 1988, implicando na garantia pelo Estado da adoção de políticas públicas que evitem o risco de agravo à saúde, devendo ser considerados, nesse sentido, todos os condicionantes da saúde: meio ambiente, saneamento, renda, trabalho, alimentação, educação, assim como a garantia de serviços e ações de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde tanto individual como coletiva, a cargo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim sendo, para analisar tanto os avanços como os retrocessos da política de saúde, deve-se levar em consideração a evolução das políticas públicas que envolvam todos os condicionantes.

Segundo Correia (2007), a década de 1970 foi marcada por uma grande crise no capitalismo monopolista, com uma intensa recessão da economia capitalista internacional. O padrão de acumulação fordista e o keynesianismo, que resultaram no *Welfare State*, não mais conseguiram deter a tendência à queda das taxas de lucro.

Essa crise do modelo econômico experimentada dá início a um processo que culminaria com a hegemonia do ideário e agenda neoliberais. O país buscou o enfrentamento da crise via reestruturação produtiva, com base na liberdade do mercado e um novo padrão de acumulação flexível e com a destruição dos direitos sociais e trabalhistas (CORREIA, 2007).

Dessa forma, o eixo da reestruturação capitalista é a volta da liberdade do mercado. Assim, o retorno ao *laissez faire* em tempos de globalização permite que o fluxo de capitais se mobilize entre os mercados mundiais favorecendo os monopólios financeiros que controlam a economia mundial e isso se processa pela destruição dos direitos sociais e trabalhistas, chamados de flexibilização, terceirização (CORREIA, 2007).

As respostas do Estado à chamada questão social foram legitimadas através da institucionalização dos direitos e garantias sociais, dessa forma, as conseqüências da questão social se tornam objeto de intervenção sistemática e contínua por parte do Estado, no entanto, por conta da reestruturação capitalista, vem sendo feita de forma fragmentária e parcializada (YAMAMOTO, 2007).

As prioridades no campo social são definidas na forma de políticas setorizadas e, política, como afirma Yamamoto (2007), é conflito que se traduz, nas formações sociais capitalistas, na oposição entre os interesses da acumulação e as necessidades dos cidadãos. E as políticas sociais se encontram no centro desse confronto de interesses de classes, como parte do processo estatal da alocação e distribuição de valores.

A refuncionalização neoliberal das políticas sociais, segundo Yamamoto (2007), passa por dois processos articulados, a precarização e a privatização dos serviços. Assim, a precarização se traduz através de dois mecanismos: a descentralização dos serviços (transferência de responsabilidades aos níveis locais do governo, oferecendo serviços deteriorados e sem financiamento) e a focalização (que introduz um corte discriminatório para oferta dos serviços sociais básicos, com necessidade de comprovação da “condição de pobreza”). Já a privatização obedece a duas lógicas: (re) mercantilização (transformando os serviços sociais em mercadoria, configurando uma nova forma de apropriação de mais-valia do trabalhador) e a (re) filantropização das respostas à “questão social” (transferindo para a sociedade civil parte da responsabilidade pela oferta de serviços, onde o “terceiro setor” desempenha papel fundamental).

Ou seja, a responsabilidade pelas seqüelas da questão social, no projeto neoliberal, deixa de ser exclusiva do Estado e se divide com outros dois setores: o mercado (privatização) e a sociedade civil (filantropia), introduzindo um atendimento segmentado e com a oferta de serviços de qualidade diferenciada, conforme a capacidade de pagamento do usuário.

O redimensionamento do Estado, que foi conduzido pela política de ajuste neoliberal (SOARES, 2001, *apud* MENEZES, 2015), atingiu os avanços constitucionais de 1988, reduzindo os investimentos nas políticas públicas, com destaque para a política de saúde que, na década anterior, foi marcada por uma perspectiva de Reforma Sanitária, ou seja, de expansão de direitos e de serviços. Assim, política de saúde expressou as tensões entre a pauta da Reforma Sanitária e a agenda neoliberal.

Esses dois projetos antagônicos, um contra hegemônico que é a Reforma Sanitária e outro de nítida hegemonia, o projeto de saúde articulado ao mercado, tem grandes repercussões nas políticas sociais (BRAVO, 2006).

As reformas neoliberais que vêm acontecendo desde a década de 1990 têm atacado o caráter universal e público do SUS, visando seu desmonte através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, reformas essas, decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das conseqüentes reformas propostas por agentes financeiros internacionais, principalmente, pelo Banco Mundial (BM) que tem proeminência nesta área desde a segunda metade da década de 80 (CORREIA, 2007).

Segundo Correia (2007), o poder do capital financeiro é defendido pelas instituições financeiras internacionais, sendo elas o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), que, ao representarem os

interesses dos Estados mais poderosos do mundo, pressionam os demais Estados nacionais a adotarem as políticas de liberalização, desregulamentação e privatização, impondo assim, reformas políticas, econômicas e sócio-culturais, que terão implicações na soberania dos Estados-nação que a estas aderirem, mediante as condicionalidades das políticas internas e externas. Dessa forma, estas instituições desempenham funções importantes para o ajuste de integração dos espaços mundiais, com vistas à produção e à reprodução do capital.

Além disso, conforme reflete Correia (2007), a área da saúde é de grande interesse para o capital, ou seja, para os grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais. A interferência do BM objetiva fortalecer o mercado da saúde, ou seja, usar a saúde como mercadoria e fonte de lucro.

A necessidade de mundialização do capital, nos anos 1990, deu início a um processo de contrarreforma do Estado e o elemento articulador dessa estratégia foi a privatização, com o objetivo de abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados para, assim, ampliar a acumulação capitalista e mercantilizar as políticas de proteção social conquistadas com duras lutas nos chamados 30 anos gloriosos (MENEZES, 2015).

Assim, as reformas do Estado recomendadas pelos organismos internacionais se conduzem no sentido da racionalização de gastos na área social e do fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos.

Correia (2007), ao analisar os documentos produzidos pelo BM sobre a saúde, afirma que o eixo das diretrizes da reforma proposta é de caráter econômico, no sentido de baratear os serviços de saúde ao envolver a comunidade, utilizando como critério de avaliação a relação custo-benefício, apontando para procedimentos e práticas médicas que sejam simples e baratos e que os recursos disponíveis para os programas governamentais da saúde devem ser formulados com base em estudos da eficácia em função dos custos, defendendo assim, a necessidade de reformas constitucionais e institucionais vinculadas a este setor. A defesa da participação da rede privada se justifica por sua maior eficiência e melhor qualidade dos serviços prestados.

Em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado deveria assumir a partir de então (BRASIL, 1995; MENEZES, 2015). Dessa forma, a proposta do Ministro Bresser-Pereira, através do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), direcionava a reforma como uma estratégia para que o Estado se desviasse de suas funções básicas, deixando-as a cargo do Terceiro Setor, das empresas e do mercado.

O Plano Diretor da Reforma do Estado defendia que a administração pública burocrática deve ser superada por considerar que há um esgotamento da estratégia estatizante, em prol de um modelo gerencial que tenha como características a descentralização, eficiência, controle de resultados, redução de custos e produtividade. Ao adotar esse modelo, o Estado deixa de ser o responsável direto pelas políticas sociais e se torna promotor e regulador, transferindo suas responsabilidades para o âmbito privado, a partir da criação de uma esfera pública não estatal.

Correia (2007) cita também outro documento produzido pelo Ministério da Saúde que expõe diretrizes políticas para a saúde conforme as recomendações do Banco Mundial, que é o “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”, apresentado na reunião sobre Reforma Sectorial en Salud, que foi promovida pela OPAS, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial, em setembro de 1995. Nele, o Ministério da Saúde se compromete a modificar as bases organizacionais do sistema de saúde nacional com a organização de um sistema assistencial privado e devidamente regulamentado; com o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, que estimule a qualificação com redução de gastos; com a adoção de modelos técnico-operacionais inovados e inovadores; e com o estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação.

Segundo Menezes (2015), as propostas da Reforma do Estado para o setor da Saúde, assim como para outras áreas sociais são instituídas pela Lei n.º 9.637/1998 (BRASIL, 1998), dando origem às Organizações Sociais (OS), que apresentam claramente a proposta de privatização do público, cabendo ao Estado fomentar as atividades e exercer sobre elas o controle estratégico, demandando os resultados necessários para atingir os objetivos das políticas públicas, sendo que o contrato de gestão é uma forma de regular as OS.

Menezes (2015) ainda destaca que, apesar de parecer vantajosa, ela deteriora o serviço público, isso porque tem como reflexos, entre outros, uma maior flexibilização na contratação de pessoal.

Além disso, o autor ainda ressalta que esse novo modelo gerencial ainda inclui uma reforma gerencial na saúde, consubstanciada na Norma Operacional Básica SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), inspirada no modelo inglês, que propõe descentralizar a administração e o controle de gastos; implementar um sistema de entrada e triagem na rede de saúde; transformar os hospitais em unidades públicas não estatais; e criar hospitais e ambulatórios especializados. Vale ressaltar que a NOB-SUS 01/96, seguida de leis estaduais e municipais, propõe mudanças estruturais, funcionais, de financiamento e de relações trabalhistas do Sistema Único de Saúde, acompanhando as propostas de reforma do Estado, que vinham se

moldando no cenário brasileiro e dessa maneira as instituições de saúde acabam passando por um sucateamento com falta de recursos financeiros, humanos e materiais.

Nesse sentido, pode-se dizer que a década de 1990 operou um verdadeiro desmonte dos direitos conquistados, pois os cortes sociais foram efetivados por meio de privatizações, desresponsabilização do Estado e mercantilização do público. E, em 2007, iniciou-se uma nova etapa da contrarreforma ao enviar o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado ao Congresso Nacional. O Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 (PLC), foi apresentado ao Congresso Nacional pelo Poder Executivo, objetivando regulamentar a Emenda Constitucional (EC) nº 19, de 1998, que trata do processo de contrarreforma do Estado brasileiro, encaminhada pelo Ministro Bresser-Pereira, na gestão de Fernando Henrique Cardoso, que transferia para o setor privado as atividades que não fossem exclusivas do poder público (MENEZES, 2015).

Como analisa Menezes (2015), as fundações propõem um novo modelo de gestão para o SUS, dando maior autonomia à iniciativa privada com relação contratação de profissionais, a gastos, empregos, salários, entre outros, sem nenhum tipo de controle social. No entanto, essa situação representa um retrocesso político no controle público do SUS, cabendo à esfera privada o poder de decisão, permitindo que a iniciativa privada assuma responsabilidades do cotidiano, transformando dimensões da vida social em negócios.

Nesse sentido, a criação da EBSEH, Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares S.A., a partir da Medida Provisória (MP) nº 520, materializa grande parte da proposta das fundações, atingindo diretamente os Hospitais Universitários – que são fundamentais para o atendimento da população, ao garantir-lhe o acesso de maneira universal –, pois rompe com direitos sociais instaurados. Nos termos desta MP, a EBSEH tem personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio e está vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado, efetivando a proposta de desresponsabilização do Estado (MENEZES, 2015).

Ou seja, as contra reformas implementadas a partir da segunda metade da década de 90 e em conformidade com as orientações do BM, estão baseadas na necessidade de limitação das funções do Estado e vão acarretar consequências para a política de saúde brasileira, como o rompimento com o caráter universal do SUS, priorizando atendimento aos mais pobres que não podem pagar pelos serviços através de um modelo assistencial, com base na oferta da atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade; a flexibilização da gestão baseado na lógica custo-benefício, com privatização e terceirização dos serviços; e o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde (CORREIA, 2007).

No que se refere à Saúde Mental, também houve avanços e retrocessos, a partir das propostas de desinstitucionalização psiquiátrica, com atendimentos multiprofissional, integral e realizado em postos de saúde, ambulatorios especializados e em serviços criados para esses atendimentos específicos, os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

Em 1990 o Governo assinou a Declaração de Caracas, na qual os países da América Latina comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, assegurar os direitos humanos às pessoas com transtornos psiquiátricos, propiciando sua permanência em meio comunitário e organizar os serviços comunitários de saúde mental no país (HIRDES, 2009). Contudo, nas décadas de 1980 e 1990, os hospitais psiquiátricos privados pressionaram politicamente pela manutenção do convênio com o Governo e o não fechamento dos manicômios.

Em 2001 o Congresso sancionou a Lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, porém foi aprovado um projeto substitutivo ao original, não instituindo mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Nesse contexto e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental passa a se consolidar, o que traz linhas específicas de financiamentos aos novos serviços, além de mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos (ALMEIDA FILHO *et al*, 2015).

Oliveira (2018) comenta que, ao mesmo tempo em que muito se pôde fazer ao longo desses anos no campo legislativo, inclusive através do Movimento da Luta Antimanicomial, muitos obstáculos se opuseram à concretização da atenção psicossocial tal como preconizada. A atual formação do capitalismo – em sua fase neoliberal, acarretou impactos de um modo geral para o SUS e destaca em específico para a saúde mental: baixos salários, aumento do desemprego, precarização e intensificação do trabalho com alta rotatividade de trabalhadores, forte institucionalização das práticas, redução do número de serviços substitutivos como CAPS III, entre outros.

A Emenda Constitucional 95/2016 que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, vem produzindo consequências de desconstrução do SUS e das políticas intersetoriais, com impactos imediatos na saúde mental (BRASIL, 2016; DELGADO, 2019).

Contudo, Campos (2018) reflete que, mesmo considerando que muito tenha sido realizado e o impacto do SUS sobre a saúde seja positivo, ele ainda está longe de garantir o direito universal e a atenção integral conforme as necessidades individuais e coletivas, pois ao mesmo tempo que houve avanço, o sistema vem sendo construído de forma cada vez mais

semelhante às precárias condições de existência da população que o utiliza regularmente, visto que há descuido com sua ambiência, com a eficiência da gestão pública, e principalmente com as pessoas que usam e trabalham nele.

Paim (2009) traz que quando o “movimento” da Reforma Sanitária se reduziu ao “sistema” SUS, a discussão se limitou a questões de financiamento, gestão e organização, reduzindo seu conteúdo reformista ou revolucionário. Como consequência, a relação entre saúde e condições de vida, perdeu espaço, apesar dos esforços.

Dessa forma, Campos (2018) ressalta que a defesa do SUS passa pela luta contra a desigualdade, pela alteração da política econômica e social vigente, demandando intervenções públicas voltadas para a promoção da igualdade e do bem-estar e essa luta depende mais da sociedade civil do que do Estado.

Delgado (2013) ainda afirma que o grande desafio da reforma é aprofundar os avanços, assegurar a qualidade dos serviços e a formação profissional, combater a privatização da saúde pública, ampliar as intervenções na cultura, entre outros.

Martinelli (2011) também discorre sobre o assunto e destaca que o que marca as identidades profissionais contemporâneas de forma mais expressiva é a luta por direitos, é a inserção da profissão no processo de construção de uma nova ordem societária: uma sociedade justa, igualitária, livre da opressão, dominação, exploração, ou seja, uma sociedade emancipada e que só poderemos atingir novos patamares no campo dos direitos sociais se estivermos firmemente posicionados em nosso projeto ético-político profissional, articulando-nos a movimentos mais gerais da sociedade brasileira.

Para isso é necessário que tenhamos coragem para investir na construção de uma cultura política contra hegemônica, que seja capaz de se instituir como via de resistência à degradação da sociabilidade humana que é imposta pelas leis de mercado e pelo capitalismo especulativo hoje vigente e que traga com sua voracidade vidas humanas de trabalhadores e seus familiares, que já não conseguem consolidar sua identidade de trabalhador pela mediação do trabalho socialmente protegido.

Martinelli (2011) ainda ressalta que se queremos avançar na defesa da ética e na construção de direitos, temos que realizar práticas realmente socioeducativas, amparadas na mútua implicação entre direitos sociais, educação e cidadania, movidas pela busca de justiça, liberdade, equidade, autonomia. Dessa forma, isto se torna um imperativo ético, de modo especial para os trabalhadores da Saúde que, como mediadores de políticas, lutam cotidianamente para garantir direitos de cidadania aos usuários das políticas que integram o campo da Seguridade Social.

2. PSICOLOGIA NO SUS

2.1 A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Psicologia é uma profissão relativamente nova e tem seu crescimento e reconhecimento junto ao contexto histórico do país.

Inicialmente, a profissão era vista de maneira secundária nas instituições de saúde, como auxiliar da medicina e psiquiatria. Mais tarde, sua atuação se tornou restrita aos consultórios particulares, de maneira que apenas pequena parte da população tinha condições de acessar os seus serviços, é o chamado *elitismo* da profissão.

Contudo, seu compromisso social fez parte de todo o processo de redemocratização e criação de políticas públicas, assim como o movimento de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e a criação do SUS.

A regulamentação da profissão pela Lei Federal 4.119/62 ocorre em um cenário de intensa mobilização popular e crise política, no qual o país inicia um período de vinte anos de regime autocrático-burguês, com uma realidade que comportava um pequeno número de profissionais e de instituições de ensino superior (YAMAMOTO, 2007).

As ações em saúde mental, inicialmente, eram feitas basicamente por instituições religiosas, que abrigavam as pessoas conhecidas chamadas de “loucas”. Mais tarde, no final de século XIX surgiram as primeiras instituições psiquiátricas com o objetivo de cuidar e/ou isolar a pessoa portadora de algum transtorno mental (ANTONIO FILHO, *et al* 2015).

Essa prática hospitalocêntrica era fortalecida pelo gradativo saber médico e psiquiátrico, que cada vez mais se aprimoravam nos diagnósticos e práticas voltadas à cura da doença mental e a psiquiatria ganhou estatuto de ciência através de Philippe Pinel, um médico francês (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP, 2013).

No ano de 1946 com a promulgação de uma nova Constituição teve início experiências de contestação em relação ao modelo hegemônico de assistência psiquiátrica e houve destaque para o trabalho de Nise da Silveira no hospital de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, com a criação da Sessão de Terapêutica Ocupacional, que critica a redução do sujeito à doença e mostra a possibilidade de dar voz, expressão e estabelecer relação a partir dos sentidos e significados sufocados pelo tratamento psiquiátrico (CFP, 2013).

Mais tarde, com o controle político do Brasil assumido por militares, em 1964, o governo realizou o que foi chamado de Plano de Pronto Ação, um convênio com hospitais psiquiátricos privados, com repasse de mais de 90% de recursos públicos destinados ao

tratamento psiquiátrico no país. Este foi o maior processo de privatização do país de que sem tem conhecimento (BARROSO; SILVA, 2011). Dessa forma, as clínicas privadas obtinham lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais (CFP, 2013).

Inicia-se então, no final dos anos 1970, segundo Barroso e Silva (2011), um processo de Reforma Psiquiátrica, que não se deveu apenas às manifestações sociais ou os avanços científicos, mas também às condições precárias de trabalho, maus tratos aos pacientes, ineficácia do modelo, custo elevado e privatização da assistência psiquiátrica.

Nessa época começaram a surgir os primeiros sinais de redemocratização do país, que enfrentava uma grande crise de recessão econômica, levando à crise do setor previdenciário e fazendo com que os altos custos com pagamentos dos manicômios privados contribuíssem ainda mais para motivar a reforma psiquiátrica. Nesse contexto teve início, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ampliando a luta pela adoção do modelo de atendimento psiquiátrico comunitário (BARROSO; SILVA, 2011).

Com a volta do regime democrático, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi formada uma comissão que propôs que o atendimento psiquiátrico passasse a ser multiprofissional, integral e realizado em postos de saúde, ambulatórios especializados e em serviços criados para esses atendimentos específicos, os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Santos, (1992, *apud* BARROSO; SILVA, 2011) cita ainda que a comissão propôs que os atendimentos em emergência psiquiátrica fossem realizados em hospitais gerais, para facilitar a permanência do paciente na comunidade.

Entretanto, como relatam Barroso e Silva (2011), foi a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizados no município de Bauru, no dia 18 de maio de 1987 que o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica ganhou destaque nas discussões públicas. As propostas foram basicamente as mesmas: substituir o modelo hospitalocêntrico pelo modelo comunitário, baseado em serviços substitutivos e a diminuição da hospitalização (WAIDMAN, 2004, *apud* BARROSO; SILVA, 2011).

Com isso, o movimento ganhou maior abrangência e a participação de familiares e de pessoas com transtornos mentais e foi criado o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, dando início a uma enorme e consistente campanha cultural pela reforma psiquiátrica. A partir de então, o dia 18 de maio passou a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e esses eventos contribuíram para a implantação do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, em 1987 (BARROSO; SILVA, 2011; CFP, 2013).

Os autores ainda relatam que, no âmbito político, em 1989, o deputado Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional em um projeto de lei que propunha a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária. Ao mesmo tempo, deu-se início a implantação dos serviços substitutivos de atenção psiquiátrica, com o objetivo de atender os pacientes com transtornos psiquiátricos sem recorrer à internação (DELGADO *et al*, 2007, *apud* BARROSO; SILVA, 2011).

E foi a partir da Declaração de Caracas e da realização da II Conferencia Nacional de Saúde Mental que teve início as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária (BRASIL, 2005).

Ainda segundo Barroso e Silva (2011), nos anos de 1991 e 1992, foram aprovadas as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, que criaram a possibilidade para o Sistema Único de Saúde financiar programas de assistência extramuros para os portadores de transtorno mental e seus familiares, como programas de orientação, lares abrigados, Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS). Além disso, a portaria 224/92 ainda oficializou as normas de funcionamento dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), especificou suas atribuições e diferenciou os tipos de CAPS por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 1992).

A partir da Reforma Psiquiátrica foi possível abrir novos espaços de atuação para a Psicologia.

Entretanto, em virtude da formação tradicional, a prática profissional do psicólogo é predominantemente marcada por questões teórico-práticas limitadas a teorias terapêutico-curativas, com ênfase na Psicologia Clínica, que pode levar a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma psicologização do fenômeno. Nesse sentido, Ronzani e Rodrigues (2006) refletem sobre a necessidade da reformulação das ações tradicionais da Psicologia, que implicam muitas vezes, em uma perspectiva isolada e desarticulada de lidar com o Homem. Tal representação pode levar ao não reconhecimento da Psicologia como uma disciplina de relevância social e como uma área de conhecimento importante para a promoção de saúde coletiva.

Os autores ainda sugerem que as práticas em Psicologia devem ser problematizadas para o constante desenvolvimento teórico-prático da profissão.

Atualmente a psicologia ainda atua em consultórios particulares, mas está também amplamente voltada ao trabalho social, atuando em equipes multidisciplinares com atividades tanto individuais quanto em grupo. Sua principal contribuição é com a não alienação do paciente no processo saúde-doença e não exclusão do seu ambiente social, haja vista sua

importância no processo de recuperação. A Psicologia também tem importante papel na promoção de saúde, atenção e prevenção de agravos, não só nos casos de doença, mas também com ações que visam à melhora da qualidade de vida (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Pires e Braga (2009) corroboram que a entrada da Psicologia no setor de saúde foi com a proposta de ser integrada à educação médica e baseada na demanda de origem psiquiátrica. Porém, nas últimas décadas houve mudança na concepção de saúde, compreendendo que ela deve ser desenvolvida e não apenas conservada e ressalta que a saúde física e a mental não podem ser entendidas separadamente. Além disso, apontam para as transformações da Psicologia que surgem com as mudanças da sociedade, evidenciando ações educativas sobre as práticas saudáveis e a criação de políticas de prevenção para uma abrangência global. Assim, a Psicologia da Saúde pode ser vista como um campo que surgiu para dar respostas a uma demanda sócio-sanitária.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde, que tem como objetivo efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS com estratégias de atendimento integral e promover a articulação setorial com os demais níveis de complexidade para garantir a integralidade da atenção, os campos de atuação da Psicologia em Saúde Pública são: Atenção Básica, Média e Alta complexidade e Vigilância em Saúde (CFP, 2011).

Como citam alguns participantes de uma pesquisa nacional realizada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho de Psicologia - CREPOP (CFP, 2019) sobre a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde, houve uma mudança na maneira de prestar assistências às pessoas a partir do novo olhar sobre os conceitos de saúde e doença, que ampliou as possibilidades e necessidades de atuação profissional, já que antes a entrada no sistema de saúde se dava basicamente via doença.

A partir da mudança do conceito de saúde-doença, foi necessário mudar para uma nova forma de compreender a produção de saúde como um processo de produção social, que tem condicionantes e determinantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos. Dessa maneira, se torna necessário também mudar as maneiras de intervenção, como refletem Tanaka e Ribeiro (2009).

Nesse sentido, com o objetivo de estabelecer uma relação dialógica e participativa com a comunidade, estabelecer espaços de intersubjetividade, surge a necessidade de incorporar outros saberes, por meio de uma compreensão multidisciplinar, tomando a saúde em um contexto mais amplo (SOUZA; WERBA; PICHELLI, 2010).

Como lembram os mesmos autores sobre as políticas de saúde mental, com o direcionamento da Reforma Psiquiátrica, os pacientes acometidos com transtornos mentais menos graves e mais prevalentes acabaram ficando em segundo plano.

Com o intuito de melhorar a assistência, a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) – DAP/SAS/MS desenvolveu alguns documentos, a partir de 2001, sobre a articulação entre saúde mental e Atenção Básica. Assim, as principais diretrizes para essa articulação são: apoio matricial as equipes da ESF, para aumento da capacidade resolutiva das equipes; priorizar a saúde mental na formação das equipes da AB e ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Ainda segundo Tanaka e Ribeiro (2009), em 2001 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, sendo que a primeira é ofertar o tratamento na Atenção Básica (AB). Nesse sentido, a AB tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações: detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e ofertar escuta qualificada, assim como compreende várias formas de lidar com os problemas detectados, seja oferecendo tratamento na própria unidade de AB ou realizando encaminhamentos para serviços especializados.

Apensar de haver alguns relatos sobre a atuação do psicólogo na Atenção Básica ou outras instituições de saúde, Oliveira, Silva e Yamamoto (2007) refletem que não é possível dizer que se trata de modelos de trabalhos implementados no SUS. As ações em saúde pública partem na verdade, da iniciativa dos próprios profissionais que tentam articular projetos de acordo com a demanda existente, situação que acaba dificultando o trabalho e causando questionamentos e insatisfação nos profissionais.

Contudo, Moré *et al* (*apud* ZURBA *et al*, 2012) citam algumas possibilidades de ações do psicólogo no PSF, baseados nos princípios elencados pelo SUS, que são: participação nos programas de promoção/prevenção; atividades psicodiagnósticas e acompanhamento dos diferentes transtornos mentais; acompanhamento psicológico grupal ou individual; atendimento grupal operativo ou pedagógico-informativo; atendimentos comunitário-domiciliares; intervenção junto à rede para suporte a pessoas ou famílias em crise; e referência como atendimento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos da comunidade e às suas famílias.

Silveira e Vieira (2009) apontam em outro estudo algumas ações de cuidado, tendo sido identificado no primeiro eixo a psicoterapia individual de orientação psicanalítica e no segundo, atividades coletivas de promoção de saúde e prevenção de agravos, nas quais eram realizadas atividades semanais, no espaço da unidade de saúde por profissionais do Serviço

Social, Enfermagem e Psicologia, que consistem na realização de grupos temáticos ou não-temáticos (também chamados de grupos de vida saudável). Ressaltam a preferência dos profissionais de saúde pelos grupos não temáticos por ser espaço propício para discussões mais ricas e produtivas.

Ronzani e Rodrigues (2006) também apontam para algumas possíveis ações do psicólogo na Atenção Básica em Saúde, como integrar escolas ou outras esferas de ação, onde é possível promover, de forma ampla e contextualizada, a saúde das crianças, adolescentes e seus familiares. Além disso, destaca três tipos de trabalho: de resiliência, habilidades de vida e desestigmatização de problemas de saúde, trabalhando no sentido de tirar o enfoque da doença e levar em consideração a saúde e o bem estar, relacionados ao desenvolvimento social e aos fatores de proteção da população atendida. Além disso, procura-se também a superação do enfoque na normalidade, equilíbrio e ausência de sintomas.

Gorayeb, Borges e Oliveira (2012) também citam algumas possibilidades de atuação profissional que encontraram na literatura, como as relatadas por Moré e Macedo (2006, *apud* GORAYEB, BORGES E OLIVEIRA, 2012): atendimentos à criança, adolescente, adultos e à família visando a promoção da qualidade das relações familiares, atendimento grupal à gestante, auxílio às escolas para melhor compreender o fracasso escolar e grupos de educação em saúde. Relatam também as ações descritas por Souza e Carvalho (2003, *apud* GORAYEB, BORGES E OLIVEIRA, 2012), na qual o psicólogo auxiliou a equipe de saúde em ações como: atividades coletivas de lazer, assistência e convivência entre idosos, grupos específicos de hipertensos, diabéticos, jovens e gestantes, apoio à equipe para a melhoria do relacionamento interpessoal e do trabalho realizado, atendimento psicológico e um projeto de intervenção escolar.

Os autores também, ao retratar suas experiências no Programa de Aprimoramento do PAP Promoção de Saúde na Comunidade, destacam que as ações grupais constituíram a principal forma de atuação dos psicólogos com os usuários, entretanto se torna necessário avaliar as condições da instituição de da população, para que seja ofertado um atendimento condizente com suas reais necessidades.

Além disso, levam em consideração os estudos da OMS que apontam certos fatores de risco responsáveis pela maioria das doenças crônicas não transmissíveis, sendo eles: tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, alimentação inadequada, sedentarismo e afirmam que a identificação desses fatores torna-se importante medida para a prática dos psicólogos que atuam na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de alcançar

mudanças comportamentais que possibilitem melhor qualidade de vida. (GORAYEB; BORGES e OLIVEIRA, 2012).

Dessa maneira, havia tantos grupos na modalidade aberta quanto fechada e seus objetivos poderiam ser classificados em educativos/ reflexivos e de socialização.

Lima (2005) em seu estudo sobre a atuação do psicólogo em Salvador, afirma que a maioria dos profissionais aponta para a necessidade de adequar a sua atuação às demandas dos usuários, devendo sair dos moldes tradicionais de clínica e ampliar os recursos para intervenção que ensaia trabalhos mais integrados e de cunho mais educativo, preventivo e de promoção da saúde e o trabalho em grupo. Dessa forma, ela descreve algumas práticas desenvolvidas por uma Psicóloga em uma Unidade Básica de Saúde em Salvador, que objetiva integralizar toda a equipe da unidade para o atendimento da comunidade, para que a população se aproxime e tenha o posto de saúde como um local de referência. Assim, ela faz palestras em uma escola municipal, acompanha o programa de vacinação, faz aconselhamento individual para a demanda espontânea, trabalho em grupo com os adolescentes, entre outras atividades.

Outras atividades que o psicólogo realiza no âmbito da ABS, segundo a pesquisa do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP (CFP, 2010) são: triagem, acolhimento, grupos de espera, visitas domiciliar, palestras educativas, relatórios, grupo de orientação familiar, grupos de qualidade de vida, grupos de adolescentes, adultos e terceira idade, grupo de informação, apoio matricial, oficina, grupos de gestantes, planejamento familiar, grupos de tabagismo, enfim, cada unidade de atendimento planeja suas atividades de acordo com a demanda local.

A atuação do psicólogo se dá por meio da aplicação de conhecimentos e técnicas psicológicas aos cuidados individuais e coletivos com a saúde e também ao enfrentamento das doenças, sendo que o seu objeto de trabalho é o sujeito psicológico e suas relações com os fatores multi determinantes da saúde, nos diferentes níveis de atenção.

Esse trabalho amplo, de intervenção junto as comunidades e aos pacientes, permitem a melhoria na qualidade de vida e melhor resultado no tratamento.

É importante ressaltar que principalmente os trabalhos realizados em grupo apresentam cunho educativo, pois se trata de um espaço de escuta e troca de informações e experiências que contribuem para a promoção de saúde tanto mental quanto física.

A atuação do psicólogo deve estar orientada pelo seu compromisso social, no sentido de incorporar práticas que atendam às necessidades do coletivo e que estejam fundamentadas

nos princípios do SUS como eixos orientadores das práticas oferecidas para uma finalidade que não se acaba no indivíduo e nem é de exclusividade do setor de saúde (LIMA, 2005).

A Psicologia se constituiu, historicamente, como um instrumento a serviço da sociedade capitalista e ainda hoje o psicólogo se caracteriza como um profissional liberal focado no indivíduo isolado do seu contexto social. Porém, com as mudanças sociais que vêm ocorrendo, a inserção do psicólogo na área da saúde vem crescendo a cada dia e com isso o psicólogo está reaprendendo a fazer e pensar sua profissão. Dessa forma, é de suma importância compreender sua atuação, os desafios e impasses e também suas conquistas nessa nova área, para que a partir de um conhecimento sobre esses fatores possa ser possível a criação de soluções dos entraves e melhores adequações de intervenção junto a política de saúde.

Os psicólogos que atuam em ABS que participaram do estudo do CREPOP (CFP, 2010) relataram alguns desafios vividos no cotidiano profissional. As queixas vão desde salário, carga horária, alta demanda, até falta de formação específica para atuar no contexto de saúde pública, dificuldade de superar a medicalização, desafios relacionados á gestores e política, pressão por produtividade, espaço físico e recursos materiais, trabalho em equipe, desafios éticos, entre outros.

Outras fragilidades identificadas se referem á verticalização e normatividade da ESF que reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típicos dos tradicionais programas do Ministério da Saúde que dificultam a realização da assistência às realidades locais; a falta de preparo dos profissionais para lidar com o sofrimento mental e às necessidades subjetivas; tendência de medicalização dos sintomas e dificuldade em estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Por ser uma área de atuação recente, é um campo carente de estudos e investigações que problematizem as práticas, formação e produção de conhecimento na área.

É a partir da troca de experiências, de relatos, de estudos da interação da teoria com a prática (práxis) e do trabalho interdisciplinar, que se dá essa produção de conhecimento o que muito contribui para que a Psicologia, uma profissão relativamente nova, e que mais nova está em sua inserção na área da saúde, possa se desenvolver e se adequar à realidade de seu território de atuação.

2.2 O PAPEL DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID 19

O ano de 2020 foi marcado pelo início da Pandemia de Covid-19, com o surgimento do novo Coronavírus, o SARS-COV-2, que foi detectado pela primeira vez na China, e seu alto potencial de contágio, que se alastrou rapidamente por todos os continentes. Profissionais da saúde, cientistas, estudiosos, precisaram correr contra o tempo para descobrir como o vírus se comportava, quais os riscos potenciais e maneiras de prevenção e tratamento. Sabia-se apenas que a transmissão ocorre por meio de tosse, espirro e secreções de uma pessoa contaminada.

Dessa maneira, de um dia para o outro, muitas mudanças aconteceram na vida de toda a população mundial e para conter o vírus e evitar a superlotação nos sistemas de saúde, foi necessário adotar medidas restritivas de distanciamento social, isolamento e quarentena, o que afetou de maneira drástica a vida de milhões de pessoas. A ausência de um tratamento fez com que inúmeros países fechassem escolas, estabelecimentos comerciais, entre outros, e dessa forma, crianças e adolescentes ficaram sem sair de casa para ir às escolas, brincar, encontrar os amigos; adultos sem poder visitar parentes próximos, nem ter contatos com os amigos e muitas vezes sem sair para trabalhar. Houve muitos períodos de quarentena nos quais somente poderiam funcionar atividades que fossem consideradas essenciais, como os serviços de saúde, por exemplo.

Todo esse contexto provocou inúmeras perdas e inseguranças, acarretando consequências sociais, econômicas, políticas e psicológicas, devido ao surgimento de aspectos negativos no que se refere à saúde mental, como por exemplo, o estresse crônico. O estresse é uma reação normal do organismo frente a situações de ameaça e serve como um alerta para lidar com o problema, porém o estresse excessivo traz um grande sofrimento mental.

Ademais, com o fechamento das escolas, além do aumento dos problemas de ensino-aprendizagem, sobretudo nas comunidades em situação de vulnerabilidade sócio-econômica, o acesso dos escolares à alimentação, água, recreação e práticas de higiene pessoal foram reduzidos e foi observado o aumento nos casos de violência familiar, tanto em relação às crianças e adolescentes como às mulheres e idosos (SCHMIDT *et al*, 2020).

Como se trata de uma situação nova, estudos sobre o impacto da pandemia na saúde mental da população ainda estão sendo realizados, mas os dados obtidos até agora mostram um aumento significativo dos sintomas de Ansiedade e Depressão, assim como casos de suicídio, não somente por conta das medidas de isolamento e crise econômica, mas também

pelo medo de contrair o vírus ou de perder entes queridos. Outro ponto importante que pode levar ao sofrimento é o modo como as informações são passadas pela mídia, de maneira negativa, introduzindo medo (CRPSP, 2020; DANSMANN; SILVA; GUAZINA, 2020).

A Psicologia tem o seu papel de intervenção em Emergências e Desastres, mas sempre olhando pelo lado de fora da situação, porém, talvez pela primeira vez, enfrentamos juntos uma situação tão delicada e desastrosa, enquanto sujeitos e profissionais da Psicologia ao mesmo tempo. Enfrentamos coletivamente o luto, as adaptações, as incertezas, o isolamento...

Como o Setor de Saúde é essencial, muitos profissionais da Psicologia continuaram com seu trabalho, alguns de maneira mais intensa, muitas vezes na linha de frente, apoiando a população, os trabalhadores, em um momento tão difícil e histórico.

O contexto da Pandemia impactou inclusive nas questões normativas e legislativas da profissão. Com o aumento do sofrimento emocional, novas normas de atendimento precisaram ser criadas ou revistas para atender a população.

Foi um período que despertou angústias e incertezas, além de trazer à tona questões sociais nos âmbitos familiares, profissionais e relacionais que exigiam acolhimento e tornou evidente o importante papel que a Psicologia tem a desempenhar durante a pandemia. Dessa forma, as demandas pelos serviços psicológicos aumentaram significativamente, mas o isolamento social distanciou o profissional da oferta desse suporte.

Em relação ao comportamento suicida, no qual se tem um continuum de autoagressões, podendo envolver ideação, tentativas e atos suicidas, também se notou um agravamento devido ao impacto da pandemia, sendo necessário e fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, acompanhamento e posvenção, objetivando manter o bem-estar da população (FRIOCRUZ, 2020).

Para estruturar um plano de cuidado amplo é recomendada a inclusão de ações em níveis de apoio complementares integrados, variando desde estratégias de intervenção amplas para a população geral até a garantia de cuidados especializados para pacientes específicos, que já tenham algum diagnóstico e a população em situação de rua, por exemplo (FIOCRUZ, 2020).

Schmidt *et al* (2020) citam como intervenção para a população geral as cartilhas com propostas psicoeducativas e outros materiais informativos, inclusive em áudio e vídeo, que foram lançados durante a pandemia. Consideram que as intervenções, ainda que de maneira remota, devem ser dinâmicas e focadas, inicialmente, nos estressores relacionados à doença.

Em relação às temáticas abordadas junto à população geral, Schmidt *et al* (2020, p.8) destacam:

[...] informações sobre reações esperadas no contexto de pandemia, como sintomas de ansiedade e estresse, além de emoções negativas, como tristeza, medo, solidão e raiva; estratégias para promoção de bem-estar psicológico, a exemplo de medidas para organização da rotina de atividades diárias sob condições seguras, cuidado com o sono, prática de atividades físicas e técnicas de relaxamento; fortalecimento das conexões com a rede de apoio social, ainda que os contatos não ocorram face a face, considerando que instituições como escolas, empresas e igrejas costumam estar fechadas, o que pode gerar sentimentos de solidão e vulnerabilidade; cuidado com a exposição excessiva a informações, incluindo noticiários na televisão e em outras mídias; e importância da checagem da veracidade das informações.

As Unidades Básicas de Saúde direcionam suas ações à prevenção de agravos e promoção de saúde, assim como de saúde mental, da população do território, através de grupos terapêuticos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, entre outros, que também foram interrompidos ou limitados, por conta da pandemia. Assim, o Teleatendimento, que é uma das formas de prestação de cuidado em saúde, oferecido de maneira remota, por diversos meios de comunicação, como telefonia, videoconferência, e-mail, aplicativo de mensagens para dispositivos móveis, entre outros, passou a ser visto como ferramenta de trabalho aos serviços de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2020).

O Teleatendimento, ou atendimento remoto, apresenta vantagens como suporte psicossocial durante a Pandemia, visto que está de acordo com as recomendações de distanciamento social, de isolamento, quarentena, evitando a circulação desnecessária e ao mesmo tempo, garantindo um atendimento de qualidade. Para tanto é necessária a adequação da prática (FIOCRUZ, 2020).

Nesse sentido, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP) se preocupou em fornecer subsídios para que a prática profissional se adaptasse a nova realidade e continuasse ocorrendo com a ética e qualidade necessárias.

Desde o ano de 2012 já era possível a realização de alguns tipos de atendimentos psicológicos online, ou seja, realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância, que era regulamentada pela Resolução CFP 11/2012 e foi alterada pela Resolução 11/2018, que ampliou a possibilidade da oferta de serviços. Em março de 2020, com a Resolução 4/2020, alguns artigos da Resolução 11/2018 que retrata a impossibilidade de atendimento *on line* em questões de urgência, emergência e desastre, foram suspensos, devendo apenas o profissional realizar o cadastro pela plataforma e-Psi, no site do Conselho Federal de Psicologia, não sendo necessário, temporariamente, aguardar autorização do órgão regulador para iniciar os atendimentos (CRPSP, 2020).

Rapidamente foi disponibilizado à categoria profissional orientações por meio dos canais de orientação do CRPSP e inaugurou-se a campanha “CRP Responde”. Também foram produzidos mais de 450 documentos para diversos fins no Sistema Conselhos como um todo. Dentre eles estão a recomendação da adoção de medidas sanitárias para atuação em proteção social e geração de trabalho e renda na pandemia; assim como resoluções e portarias que buscam dar o aporte necessário para o trabalho profissional e o funcionamento do próprio Conselho (CRPSP, 2020).

Entre as novas normas pode-se destacar a Resolução CFP 04/20 que regulamenta a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologias da informação; a Resolução CFP 05/20 que possibilitou o atendimento administrativo durante a pandemia; a Resolução CFP 09/20 sobre a Avaliação Psicológica; e a Recomendação CNS 48 07/20 que trata sobre estágios e práticas na área da saúde. Vale ressaltar, que para a realização do atendimento remoto, é necessário que o profissional faça o cadastro prévio na plataforma e-Psi.

As *lives* também inauguraram um novo formato de comunicação, trazendo debates semanais transmitidos ao vivo nos canais do Conselho. As rodas de conversa on-line abriram novas possibilidades de diálogos, conectando profissionais à distância para trocas sobre assuntos pertinentes ao território e foi lançado o site especial “O Coronavírus e a Psicologia” para orientar e informar os profissionais (CRPSP, 2020).

E para compreender algumas questões e desafios na atuação profissional diante da Pandemia foi realizada uma pesquisa que foi respondida por quase cinco mil profissionais, que inspirou a criação da Mostra de Práticas de Psicologia na Pandemia, que aconteceu em agosto de 2020 e esteve associada às atividades do Dia do/a Psicólogo/a, com o objetivo de promover a troca de conhecimentos e experiências e produzir memória social nesta situação de calamidade pública.

No mesmo mês, a regulamentação da profissão no Brasil completou 58 anos e foram veiculadas publicações sobre o vínculo indissociável entre Psicologia e Direitos Humanos, que foi o tema discutido na *live* especial “Psicologia em tempos de pandemia” (CRPSP, 2020).

A Mostra, com grande parte do seu conteúdo disponível na internet, trouxe experiências de profissionais que atuaram nesse contexto, como profissionais que realizaram acolhimento por telefone, por meio da psicoeducação e identificação dos principais recursos de enfrentamento (CRPSP, 2020).

Entre os desafios que foram compartilhados, esteve a abrupta necessidade de deslocar os atendimentos presenciais para o remoto e suas implicações (desigualdades nas

possibilidades de acesso à tecnologia e menor privacidade decorrente do fato de estar dentro de casa). Nesse sentido, os profissionais tiveram a possibilidade de tentar algumas alternativas para reforçar o cuidado com a privacidade, como por exemplo, utilizar as mensagens digitadas.

Araujo *et al* (2020) também relataram suas experiências de atendimento psicológico na Atenção Básica, por meio de atendimentos remotos. A equipe, envolvendo psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros, entre outros, se uniu, dividiu tarefas e passou a entrar em contato com os pacientes como maneira de continuar com a oferta de cuidados e perceberam que os teleatendimentos eram uma ferramenta de promoção de saúde mental, no sentido em que ofertaram uma escuta e acolhimento dos sofrimentos.

Inclusive a equipe percebeu que essa maneira de atendimento se mostrou potente também na medida em que fomentou a discussão de casos pela equipe multidisciplinar, ampliando a criação de estratégias de cuidado na Unidade, enriquecendo e potencializando a formação continuada, além de possibilitar uma ampliação do cuidado ao usuário, de maneira integral, contribuindo significativamente para melhorar os serviços de saúde pública e a assistência aos usuários.

Araujo *et al* (2020) também citam outras estratégias que foram pensadas e criadas a partir da proposta de ofertas novas práticas durante a Pandemia, como a criação de um grupo online de escuta sobre o enfrentamento da quarentena, refletindo que o isolamento social pode gerar angústia, e que, embora seja uma reação já esperada, ela pode ser amenizada se for compartilhada. Também pensaram na criação de um canal no Youtube com informações sobre temas do cotidiano, como: alimentação saudável, importância da prática de atividades físicas, auto cuidado e a gestão da saúde mental, aulas de artesanato, de dança, entre outros, com o objetivo de cuidar da saúde. Por fim, elaboraram uma proposta da criação de um grupo de cuidado em saúde mental pós pandemia, ligado às Práticas Integrativas e Complementares (PIC's), visando uma nova abordagem à saúde (ARAÚJO *et al*, 2020).

No município de Bento Gonçalves a prefeitura criou um espaço de escuta para atender aos trabalhadores de saúde. Com muitas dúvidas no início, principalmente sobre biossegurança, começaram a telefonar para os profissionais e oferecer escuta e acolhimento. Mais tarde, criaram outras estratégias como o Coral da Saúde – um encontro semanal no pátio da UPA (Unidade de Pronto Atendimento), um espaço aberto onde os profissionais se reuniam para cantar e conversar. Também organizaram reuniões virtuais, denominadas Café com escuta, no qual debatiam temáticas específicas, inclusive de assuntos que já eram pertinentes antes da pandemia. E então começaram a realizar busca ativa às famílias enlutadas pela

Covid-19, no qual o acolhimento era feito por telefone. Posteriormente iniciaram encontros presenciais, com pequenos grupos, visto que nem todos os usuários estavam habituados a utilizar os meios virtuais (CRPRS, 2020).

Em Patrocínio Paulista, município de pequeno porte, no interior do estado de São Paulo, onde trabalha a pesquisadora do presente estudo, também foram realizados atendimentos remotos. Todos os serviços públicos inicialmente ficaram fechados, devido as normas de isolamento social, sendo atendidos apenas casos de urgência e emergência, e todos os profissionais ficaram em home-office. Sendo a pesquisadora a única Psicóloga da Secretaria de Saúde do município, e se tornando gestante no início da pandemia, os atendimentos psicológicos ficaram suspensos desde o mês de março daquele ano. No mês de julho, a pesquisadora solicitou autorização para realizar os atendimentos remotos, com o intuito de oferecer suporte tanto aos pacientes que tiveram seus atendimentos interrompidos, quanto para os novos casos que surgirem, visto ser um período que trouxe grande sofrimento.

Recebendo a autorização, uma enfermeira ficou responsável por enviar, via aplicativo de mensagens de celular, o contato dos pacientes que eram encaminhados para Psicologia e, a pesquisadora entrava em contato, explicando como seriam os atendimentos remotos, até serem autorizados a voltar de forma presencial. E assim deu-se início aos atendimentos. Algumas pessoas preferiam chamadas de vídeo, outras de voz, outras enviavam áudios e algumas, mensagens escritas. Em relação às guias de crianças, eram realizadas orientações aos pais.

No início, houve mais facilidade de adesão pelos pacientes que já tinham vínculo com a profissional, mas logo os novos pacientes se adequaram também à nova maneira de atendimento. Inclusive, por se tratar de um município pequeno e com bastante pacientes da área rural, que já apresentavam dificuldades em comparecer aos atendimentos presenciais, por conta da distância, do trabalho (pois para comparecer ao atendimento acabavam perdendo um dia de serviço) e também das condições de chuva que deixavam a estrada às vezes intransitável, os atendimentos remotos se tornaram uma oportunidade para essa população, tendo inclusive continuado após a fase de isolamento, até os dias atuais.

Na atenção específica à População em Situação de Rua (PSR) destaca-se a atuação das equipes de Consultório de Rua, que faz parte dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), na construção das estratégias de assistência e cuidado e que teve como objetivo a manutenção dos serviços ofertados antes da pandemia (FRIOCRUZ, 2020).

Para tanto, é importante reforçar a necessidade de articular ações entre os diversos setores, como a Saúde, a Assistência Social, Sociedade Civil, Segurança Pública, para a

construção de ações resolutivas para a PSR, contemplando estratégias para os abrigados e não-abrigados.

Algumas ações que foram orientadas a permanecerem durante a pandemia foram as visitas e atendimento nos territórios, garantindo a biossegurança das equipes e dos usuários, disponibilizar sabão líquido, álcool em gel e produtos de higiene como prevenção da COVID-19, realizar testes rápidos, atendimentos individuais ou compartilhados nos Centros POP ou Abrigos, atualização da carteira de vacinação, entre outras ações (FIOCRUZ, 2020).

3. A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

3.1 SOBRE A DIMENSÃO EDUCATIVA

De maneira geral, a educação é vista como uma atividade socialmente organizada, condicionada a idéias, valores, cultura, enfim, engloba vários fatores que a determinam, inclusive fatores políticos, mas é importante ressaltar que ela não se restringe ao âmbito formal, como citam Pereira e Oliveira (2013), pois ela ocorre nos mais diversos espaços e situações.

Pelegri (2018) citando Gadotti (2004, *apud* PELEGRINI, 2018) afirma que a educação é um processo que se dá ao longo de toda a vida, podendo ocorrer em casa, na igreja, no trabalho, na rua, na escola e de muitas maneiras diferentes. Sendo assim, ela é anterior ao aparecimento da escola. Com o sistema escolar, a educação vai se institucionalizando para orientar e controlar o desenvolvimento humano.

Para Gramsci (1999), a educação também não se limita às relações escolares, ela é vista como o principal caminho para a transformação e é o principal meio para que sujeitos acrícos se transformem em sujeitos conscientes.

Gramsci (2000) faz uma crítica à educação hegemônica tradicional, explicando que

[...] o nível inicial da escola elementar não deveria ultrapassar três-quatro anos e, ao lado do ensino das primeiras noções “instrumentais” da instrução (ler, escrever, fazer contas, geografia, história), deveria desenvolver sobretudo a parte relativa aos “direitos e deveres” (p.37).

Paulo Freire (1996), em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, já falava sobre a necessidade de considerar a educação como instrumento de conscientização, transformação, libertação e não apenas uma mera transmissão de conhecimentos, visto que a problematização possibilita o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e autonomia é libertar o ser humano para reconhecer que existem inúmeras possibilidades.

O autor defende uma educação que permita o domínio não somente dos conteúdos, mas o conhecimento dialógico, no qual professor e aluno aprendam um com o outro e também se refere à importância de uma pedagogia crítica que permita o pensamento sobre as questões políticas que refletem o funcionamento social, determinando o lugar que cada pessoa deve ocupar para a manutenção do sistema (FREIRE, 1996).

Ele defende uma educação libertadora, que ocorra através do diálogo, um diálogo crítico que permita desvelar as situações, ver as razões pelas quais ela é como é, o contexto político e histórico em que se insere e, aí se dá o conhecimento e a possibilidade de uma nova construção social. A educação libertadora possibilita fortalecer e ampliar a consciência e a autonomia dos sujeitos.

Para Leitão (2004, p. 52, *apud* PEREIRA, 2015, p. 78) a educação é como:

[...] um espaço de integração e criação de novas formas de convívio e de sociabilidade num vasto campo de possibilidades de experiências, aprendizados, confrontos, confiança, afetos e sentidos, não só em relação ao que sabemos – acumulado e circulante –, mas do que podemos vir a ser e a saber, e do que precisamos exercitar para que consolidemos nossa autonomia. A educação, assim, pode ser um lugar das interrogações sobre o estabelecido, de ampliação dos sentidos de ser e estar no mundo.

Ser educador é ir além das aparências do que apresenta os programas formais, é abrir as janelas da compreensão do mundo aos alunos, é ensinar a inteligibilidade (FREIRE, 2009 *apud* SAMPAIO, 2015).

Por ter caráter político embutido, a educação tanto pode servir aos interesses da sociedade capitalista dominante, com o intuito de ajustar as classes dominadas aos seus interesses, assim como pode também buscar superar tal ideologia por meio da resistência à educação dominante, criando valores que lhe são próprios. Dessa forma, pode ser responsável pelo aparecimento de uma nova ordem intelectual e moral, que superando o senso comum, possibilite o questionamento para que haja superação das contradições da sociedade. Ou seja, apesar da prevalência da ideologia dominante, há espaço para a contradição e é função do educador semear os elementos de uma nova educação (CONCEIÇÃO, 2010).

É claro que a educação não é a única responsável pela transformação social, mas tem um papel fundamental como instrumento na luta de classes. As relações pedagógicas estão intimamente vinculadas à luta pela hegemonia, uma direção intelectual e moral que uma classe imprime ao conjunto da sociedade, mediante processos persuasivos dos quais a ideologia é o elemento central (CONCEIÇÃO, 2010).

Segundo Conceição (2010), Gramsci nos coloca que os responsáveis pela tradução e transmissão da hegemonia são os intelectuais, aqueles que dão homogeneidade e consciência ao grupo ao qual se vincula, devendo possuir certa capacidade dirigente e técnica, ser um organizador de massa e assim pode atuar tanto a favor da classe trabalhadora como da classe dominante.

Dessa maneira, ao trabalhar para a classe dominante, a função do intelectual é a de legitimar o domínio, fazendo uso dos meios de comunicação, das artes, educação, política e, por meio da persuasão, ele tenta pôr fim à contestação, na tentativa de fazer parecer universais os interesses geralmente restritos a pequenos grupos, fortalecendo a hegemonia destes. Quando se une às forças populares emergentes, o intelectual entra em cena, visto a necessidade histórica de superação de uma hegemonia por outra. Nesse sentido, a concepção de mundo imposta pela classe que detém o poder e, de forma acrítica, é absorvida pelo Homem, é chamada de participação passiva, que vai de encontro ao conceito de Gramsci (1999) de “homem-massa”. Assim, a prática profissional possui um cunho eminentemente pedagógico.

Nesse sentido, o intelectual orgânico direciona a sua ação para que a classe a que esteja vinculado possa ter uma tomada de consciência que leve ao questionamento da visão de mundo imposta pelos dominantes por meio da hegemonia.

É possível associar, assim, o conceito de educação libertadora com a atuação do intelectual orgânico, uma vez que ao se referir a tal modalidade de educação e seus respectivos educadores-educandos Freire (2005, *apud* SILVA; POLTRONIERI, 2015) coloca que se pretende a libertação dos homens, não se pode começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica não é algo que se deposita nos homens, não é uma palavra oca e, sim, é práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para que possa transformá-lo.

Com o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, houve não só o crescimento econômico, mas, com ele, as contradições presentes nesse modo de produção: o crescimento do capital traz um quadro de fragilização das relações de trabalho, a competição entre as pessoas em busca de um lugar no mercado de trabalho, entre outras situações (TORRES, 2009).

Neste contexto em que se afirma o avanço do capital industrial e financeiro, surge o que ficou conhecida como a “questão social”: “a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção além da caridade e repressão” (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Conceição (2010), a dimensão pedagógica ou educativa do trabalho profissional está relacionada à intervenção na maneira de pensar e de agir da sociedade, assim como aos elementos políticos e culturais da luta pela hegemonia, visto que está inserida nos processos de organização e reorganização da cultura. Pode servir tanto para a manutenção da ordem como para sua transformação. A função educativa do profissional se concretiza em

todos os espaços ocupacionais e advém da intervenção direta desse profissional na maneira de agir e pensar, sendo assim, sua ação incide diretamente na formação da cultura. É um elemento constitutivo das relações de hegemonia na sociedade, pois, junto com outros profissionais, vem contribuir para a criação de consensos na sociedade em torno de interesses das classes fundamentais, podendo reforçar a hegemonia vigente ou criar uma contra hegemonia no cenário da vida social.

Dessa forma, para Conceição (2010), a consciência política ou o projeto ético político ao qual o profissional vem a aderir são o que geram diferença entre o direcionamento de uma prática que possa contribuir para a manutenção da ordem vigente ou uma prática que coopere para a emancipação dos sujeitos.

Jacinto (2017), ao discorrer sobre o trabalho do Assistente Social, reflete que é necessário que o profissional assuma o papel de intelectual orgânico, na concepção gramsciana, e desenvolva um trabalho eminentemente educativo e a organicidade dos intelectuais se define a partir da função e do vínculo que os mesmos mantêm com a classe que representam.

Vivemos na era da financeirização e mundialização do capital, em que maioria da população carece de emprego, alimentação, educação, moradia e todos esses são determinantes sociais para a saúde, sendo relevante pensar, portanto, em todos esses aspectos.

A efetivação dos direitos sociais e de serviços com qualidade tem se tornado cada vez mais um desafio diante dessa atual conjuntura e nesse sentido, o trabalho interdisciplinar e intersetorial tem se tornado não somente uma forma de estratégia diante desse contexto social, político e econômico, mas caracteriza uma nova forma de ver a realidade social para além da fragmentação do saber e do ser humano em sua totalidade (MORAIS; WALHERS, 2018).

O trabalho educativo pode ter tanto uma dimensão que contribui para uma visão crítica da sociedade ou um viés conservador que reforça os valores e a atual lógica vigente. Dessa forma, é possível trabalhar com indivíduos, grupos e famílias na construção de valores e de uma nova cultura, ou pode, dentro de uma dimensão conservadora, reforçar a culpabilização e a individualização das massas populares, reforçando a lógica do capital.

Partindo dessa premissa, podemos afirmar que o trabalho educativo não é isento de valores e, não sendo neutro, sempre carrega uma dimensão educativa que pode estar em consonância com um caráter emancipatório ou conservador e articulando-se com projetos profissionais ou societários emancipatórios ou, com a ordem societária vigente.

Abreu (2004) afirma que, o Serviço Social encontra-se no âmbito das profissões que mobilizam processos políticos de formação da cultura, assim também como as demais

profissões, que ao se inserir no campo das políticas públicas, acabam estando relacionadas com a garantia de direitos e com os processos individuais e sociais, criando novas formas de relacionar entre os homens e desses com o mundo.

Apesar de a autora se referir especificamente ao Serviço Social, podemos afirmar que a Psicologia, assim como outras profissões que estão inseridas no âmbito das políticas públicas e sociais e que têm como objeto de intervenção os processos individuais e as relações sócio-familiares, tem uma dimensão educativa que é intrínseca à prática social, visto que estão em constante contato com valores, as diversas formas de lutas e resistências da população, assim como suas formas de se relacionar entre os grupos sociais em que estão inseridos, as diferentes maneiras de lidar com o sofrimento psíquico, social e cultural. Desta maneira, a dimensão educativa está relacionada com determinada visão de homem e de mundo do profissional e com o(s) sujeito(s) que se relaciona nesse processo, mesmo que os diferentes atores sociais inseridos nesta dinâmica não tenham consciência ou clareza dessa dimensão da prática profissional e social (MORAIS; WALHERS, 2018).

Nesse sentido, vale ressaltar que há um campo de saber compartilhado, com saberes e responsabilidades comuns a vários profissionais e é aí, nesse campo, na reorganização dos serviços de saúde que está a capacidade de desenvolver práticas educativas, que contribuam com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe, assim como entre os profissionais e usuários, sendo capazes de planejar, juntos, ações que transformem a realidade do território, levando em consideração os aspectos cultural, econômico e social (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Os autores ainda ressaltam, corroborando com Freire (2004) que, para que o processo educativo seja transformador, é necessário compreender que o usuário é detentor de conhecimentos sobre os quais constroem sua identidade e esses saberes não são menos importantes que os saberes técnico-científicos. Dessa forma, o profissional precisa identificar a fundamentação do saber do outro, o modo de se cuidar, e a partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, devendo respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos.

Voltamos aqui ao que Freire (1996) chama de educação dialógica, quando esta parte da compreensão que os educandos (sejam eles operários, camponeses, alunos do primeiro grau, ou outros) têm de suas experiências diárias, visto que isso traz a possibilidade de pensar a partir do concreto, do senso comum, para alcançar a compreensão da realidade.

Abreu (2004) ressalta que, frente aos direcionamentos históricos, os profissionais possuem o desafio de identificar as possibilidades de avançar numa perspectiva

emancipatória, que se refere à contribuição profissional para o fortalecimento e o avanço de lutas e processos que favoreçam a ultrapassagem das conquistas das classes subalternas dos limites históricos do Estado de Bem-Estar, no sentido da construção de uma nova sociabilidade.

Dessa forma, é preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada população, assim como fazer-se compreender, possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nessa dinâmica que se constrói um “outro” e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dessa relação (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Nesse contexto, um dos preceitos da ESF é a promoção de saúde que, segundo a Carta de Ottawa (1986) é definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Albuquerque e Stotz (2004) reforçam que toda ação de saúde é uma ação educativa, visto que tanto o profissional de saúde quanto o usuário aprendem e ensinam. Dessa forma, esses conceitos podem mudar a forma e o resultado do trabalho em saúde, transformando os pacientes em cidadãos, co-partícipes do processo de construção de saúde.

Porém os autores refletem que as dificuldades para efetivar ações educativas são grandes, pois são conduzidas muitas vezes por programas de ocasião (dengue, vacinas, diabetes, entre outros), sem preocupação com a integralidade do processo educativo, com continuidade das ações junto à comunidade que desenvolva sua autonomia e conscientização, e acaba ficando por iniciativa de interesse individual do profissional.

A saúde, historicamente, tem se utilizado de uma metodologia baseada em critérios clínico-epidemiológicos que se tornam insuficientes para a compreensão dos diversos fenômenos relacionados a vida dos pacientes.

A educação em saúde é considerada a atividade mais antiga realizada nesse campo e foi uma espécie de “invenção” dos grupos hegemônicos implementada como forma de controlar a classe subalterna, ou seja, era uma maneira de a classe dominante fazer com que seu pensamento seja socializado de maneira a ser incorporado pelos subalternos como a principal explicação de como essa sociedade opera (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2007).

Por conta dessa necessidade de controlar as classes populares por meio de regras e recomendações, a proposta de educação em saúde obedece a um movimento vertical com as

orientações partindo de autoridades governamentais, professores, profissionais de saúde e assim, não levam em consideração o conhecimento e o saber popular.

Nesse contexto de desqualificar o saber da população reduz-se o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir justamente o que constituiu a saúde de cada indivíduo: sua autonomia pessoal (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2007).

Surge a necessidade, então, da utilização de abordagens participativas, que sejam mais adequadas ao reconhecimento dos significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos, assim como à valorização da implicação do contexto em sua determinação (CAMARGO *et al*, 2017).

Sampaio (2015) reflete que a instituição precisa atuar em prol da cidadania, da construção de um cidadão pleno e não simplesmente de um cidadão que busque seus direitos de consumidor no pensamento neoliberal.

Dessa forma, conforme Rosado (2011), promover saúde requer o reconhecimento e fortalecimento do poder dos sujeitos e grupos sociais na construção do seu destino, incluindo as condições de saúde.

A autora ainda compreende as ações educativas como uma forma de mobilizar a construção de situações de vida saudáveis, abarcando tanto a construção de conhecimentos acerca dos processos de adoecimento/tratamento e de prevenção de doenças, quanto a construção de uma consciência sanitária, compreendida como a apropriação de informações e conhecimentos acerca dos múltiplos determinantes do processo de saúde e adoecimento, dos impactos da organização social da produção nas condições de saúde, da forma de organização da política de saúde, bem como dos mecanismos de participação da população no planejamento, gestão e avaliação do SUS.

Rosado (2011) também ressalta que a educação em saúde, tem sido centrada em um processo histórico, em uma concepção higienista e autoritária, intimamente vinculada à função assumida pelo Estado, visando normalizar e controlar a população, assegurando desse modo, as condições de reprodução da sociabilidade vigente. O que vem corroborar com as reflexões de Gramsci.

O intercâmbio de experiências, de vivências peculiares, mas, também, o compartilhar de situações e de sentimentos pelos usuários da unidade favorecem a apropriação do espaço da atenção básica, enquanto campo potencial de troca, pactuação e integração na vida social (SILVEIRA; VIEIRA, 2009)

Isso parece indicar algumas das possibilidades de desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental na comunidade, em torno de um elemento altamente produtor de significação: a palavra.

Pinheiro e Bittar (2016) afirmam que a educação em saúde pode ser entendida como um campo de conhecimento e práticas que tem se ocupado com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população. Nesse sentido, considera toda ação de saúde como uma ação educativa, já que os processos de prevenção, promoção, cura e reabilitação são também entendidos como processos pedagógicos, pois as relações estabelecidas com o outro interferem direta ou indiretamente em seus modos de pensar, sentir e agir.

Em meio ao contexto da ditadura militar, surgiu no campo da saúde movimentos que buscavam romper com a tradição autoritária da relação entre os serviços de saúde e a população e houve destaque para o movimento da Educação Popular em Saúde. Assim, as propostas pedagógicas de Paulo Freire foram retomadas pelos profissionais de saúde e as práticas em saúde começaram a ser revisadas para a construção de um projeto em sintonia com as demandas e necessidades das classes populares (SOUSA; MARQUES, 2011).

Atualmente, a educação popular em saúde se constitui em um campo prático e de conhecimento no setor saúde, como modelo de prática educativa sensível às necessidades dos usuários, dialógica, participativa. A sua realização nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde é capaz de fomentar formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (SOUSA; MARQUES, 2011, p. 21).

Pelegri (2018) afirma que a Rede de Educação Popular em Saúde propõe a adoção da Educação Popular como uma diretriz teórica e metodológica dentro da Política de Educação em Saúde do Ministério da Saúde e que esta se torne uma estratégia prioritária de humanização do SUS e da adequação das práticas e técnicas congruentes com a vida da população, por meio da valorização de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários (VASCONCELOS, 2007 *apud* PELEGRINI, 2018).

Ao mobilizar autonomias individuais e coletivas, a Educação Popular em Saúde contribui para a ampliação do significado dos direitos de cidadania e institui a mudança na vida cotidiana das pessoas. Assim, ao problematizar a realidade tomada como referência, a Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas pelos indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que não estavam visíveis e ideologias que foram naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de

pensamentos e de um processo ativo de mudança social (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2007).

Dessa maneira, permite a produção de sentidos para a vida e produz a vontade de agir em direção às mudanças que se julguem necessárias. A Educação Popular na Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde possam contribuir para o aumento da visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, inclusivos e prazerosos.

Ela busca trabalhar de maneira pedagógica o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, buscando formas coletivas de aprendizado de modo a promover o desenvolvimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento, levando ao redirecionamento da vida social e tendo como elemento fundamental em seu método o fato de tomar, como ponto de partida o saber anterior do educando (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2007).

A proposta de Paulo Freire reflete a possibilidade da construção de uma práxis que realize o diálogo reflexivo-crítico entre os educadores e os educandos e se pauta na intencionalidade de superação das condições opressoras que manipulam um determinado segmento social e o impedindo de conquistar sua participação de forma autônoma no movimento social do qual faz parte. Dessa forma, sua pedagogia propõe uma ciência do exercício da prática, ou seja, a práxis no processo, na dinâmica das relações. Esta pressupõe um dinamismo avesso ao estagnado, pois, para existir, prescinde que o profissional da educação seja, antes, um profissional crítico e reflexivo, com coragem para adentrar na realidade social do grupo e saiba mediatizar as relações inerentes à prática educativa articulando-as às concepções teórico-críticas, permitindo a compreensão das lógicas subjacentes ao processo de ensino e aprendizagem e à construção de um projeto político voltado à emancipação dos sujeitos “aprendentes” (PEREIRA, 2015).

Dessa forma, segundo Pereira (2015), o campo socioeducativo se torna uma via essencial para a proteção de famílias e indivíduos, visto que cria condições para que os cidadãos alcancem o sentido de pertencimento social, para que os vínculos familiares e comunitários sejam fortalecidos e para que desenvolvam competências e potencialidades para enfrentar a situação de vulnerabilidade e superar riscos, a fim de exercer o acesso a seus direitos e à cidadania.

Além disso, possibilita o desenvolvimento de sua autonomia e capacidade de sobrevivência, assim como uma maior compreensão das situações vivenciadas, das dificuldades e sofrimentos que enfrentam. Mas, para que isso aconteça, é necessário que as

ações educativas considerem as características do grupo atendido, as vulnerabilidades, as condições de risco e da violência que se inserem na realidade de vida dos participantes (PEREIRA, 2015).

O autor ainda reflete sobre o desafio de compreender que a construção de um novo olhar, que seja formador de autonomia, supõe a desconstrução do entendimento e das explicações que formulam e se aceitam sobre a vida real, mas que é possível a partir da troca de vivências, da valorização dos saberes formais e informais, das experiências de vida. E é preciso oferecer elementos que possibilitem abrir caminhos capazes de ampliar a participação e a convivência, a partir das situações vivenciadas e da realidade de vida dos indivíduos.

Martins (2000, p. 69 *apud* ASSUNÇÃO; PEDROSA, 2015) afirma que uma das formas do processo de emancipação social é dar voz ao povo e acrescenta:

O silêncio dos pobres não vem apenas da clausura cultural em que vivem. Vem também da usurpação da palavra, do querer e do esperar por parte daqueles que, ao pretenderem generosamente ser solidários, acabam impondo-lhes um novo e mais grave silêncio, o da fala postiça e inautêntica, anômica.

Sousa e Marques (2011), desvelando sua pesquisa sobre a Dimensão Educativa na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral no Ceará, abordam que o trabalho dos profissionais é com a comunidade, no sentido de uma busca coletiva para o entendimento da realidade, em uma perspectiva crítica e o encontro de soluções dos problemas, articulando, assim, a prática profissional e as práticas educativas dos grupos e indivíduos da comunidade, para que estes passem da condição de mero receptores para a de produtores de conhecimento. Ou seja, os usuários deixam de serem meros depositários do saber e passam a refletir sobre determinadas situações e definir estratégias no enfrentamento dos problemas de saúde, articulando, dessa forma, a prática profissional e as práticas educativas das comunidades.

Os autores ainda citam que os profissionais puderam compreender que o conhecimento não é adquirido através da transferência passiva de conteúdo, e sim, construído e reconstruído pela sua constante problematização, e que é necessário respeitar os usuários, na busca do diálogo e conhecer a realidade do território de atuação para, juntos, melhor transformá-la.

Além disso, referem como um equívoco o fato de se reduzir a estender o conhecimento dos que se consideram sabedores para aqueles que se julgam não saberem, pois assim, os educandos se tornam objetos no processo de educação, visto que não sabem, não pensam e escutam docilmente, ao passo que o educador é sujeito do processo e detentor do conhecimento, que o transmite ao educando.

Nesse sentido, temos o que Paulo Freire (1996) denomina de “educação bancária”, como sendo o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos e a função de quem recebe é guardar, arquivar a informação, mas no fundo os grandes arquivados são os homens que não podem “ser”. Educador e educandos se arquivam nesta distorcida visão da educação, pois não há criatividade, transformação.

Conhecer não é transformar-se em objeto e anular a capacidade crítica, mas reconhecer que há diferentes formas de conhecer, na relação homem-mundo.

Pelegrini (2018) reflete que, em contraposição à educação popular, a educação hegemônica e tradicional se pauta na responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde, sendo assim, ela não atua em uma política de saúde ampliada, deixando de valorizar a participação do cidadão no processo de saúde-doença e entende ainda que a educação hegemônica está voltada para ações curativas, completamente distantes da prevenção de agravos e promoção da saúde.

Para Freire (1996), quanto mais se exercita o educando no arquivamento dos depósitos, tanto menos eles desenvolverão a consciência crítica que teria como resultado sua inserção no mundo como transformador dele. E quanto mais a passividade seja imposta, tanto mais eles tendem a adaptar-se ao mundo, satisfazendo aos interesses dos opressores.

Nesse sentido, a educação popular contribui para a efetivação dos direitos sociais, visto que se torna um compromisso político com as classes populares, com a luta por melhores condições de vida e de saúde, pela cidadania e o controle social. E por ser um instrumento de comunicação dialógica ela favorece a transformação da realidade (PELEGRINI, 2018).

Paulo Freire (2007, p.57) afirma que “a consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca”. A troca de saberes deve se dar de forma dialógica, sem sobreposição de idéias, devendo pautar-se na valorização do conhecimento e da experiência de cada um. A dimensão educativa, nesse sentido, deve valorizar os diversos tipos de saberes advindos de experiência de luta, de resistência e de vida e o profissional deve conduzir o usuário rumo à sua emancipação, ofertando a possibilidade para que este cresça e se desenvolva, podendo se reconhecer como ser social inserido numa realidade carregada de inúmeras determinações.

Para Pelegrini (2018), dentro do trabalho socioeducativo o usuário é o protagonista das intervenções realizadas e não um mero receptor das ações. Cabe ao profissional instrumentalizar as ações dos usuários, levando informações para melhor prepará-los para

tomar decisões. Assim, o profissional pode se utilizar da dimensão educativa, por meio da Educação Popular em todos os tipos de intervenções, em atendimentos grupais ou individuais, em visitas domiciliares, entre outros, sempre se pautando nos fundamentos do projeto ético político profissional, que são: liberdade, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2005 *apud* PELEGRINI, 2018).

Pelegrini (2018) traz um reflexão sobre os atendimentos grupais, em Serviço Social, que proporcionam maior interação entre os indivíduos, o que contribui com a discussão de ideais e a noção de coletividade, porém esse trabalho não é apoiado pela instituição, por não ser interessante que a população usuária seja orientada em relação ao seus direitos e serviços disponíveis, sendo assim, o profissional geralmente é designado a desenvolver atividades previamente determinadas pelos gestores, com foco na operacionalização das políticas públicas.

Por isso a importância do profissional se fundamentar no seu projeto ético político, para não reforçar a perspectiva de subalternização e controle e sim, trabalhar na dimensão da libertação, na construção de uma nova cultura e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (PELEGRINI, 2018).

Os grupos têm grande poder de transformação social, pois os membros vão estabelecendo suas relações, seus vínculos de pertencimento e de entrega pessoal e coletiva. Segundo Zimerman e Osório (1997), os grupos não são apenas uma quantidade de pessoas reunidas, mas é o objetivo em comum que as tornam um grupo. Assim, a partir do critério de suas finalidades, os grupos podem ser classificados como: ensino-aprendizagem, institucional, comunitário e terapêutico.

Os atendimentos em grupo possibilitam melhor escuta, diálogo e reflexão entre usuários e profissional, em comparação aos atendimentos individuais, como refletem Souza e Santos (2012). Os autores ainda destacam como fator positivo os grupos que ultrapassem o formato educativo, que apenas trazem informações prontas sobre como as pessoas devem agir.

Nesse sentido, o atendimento em grupo surge como um importante espaço de fala, de reconhecimento e de suporte para as novas identificações, facilitando a busca por uma nova inscrição social, dando destaque a um novo encontro com o Outro. (COUTINHO; ROCHA, 2007).

Assunção e Pedrosa (2015) afirmam que o trabalho em grupos tem um grande poder de mobilização social e comunitário, pois é um dos espaços mais “ricos e de poder” que há

em aprendizagem e reflexão coletiva, visto que atinge um número maior de pessoas, e essas pessoas acabam sendo multiplicadoras do conhecimento na comunidade.

Os autores ainda refletem que o grupo é um espaço privilegiado do ouvir e do falar, no qual as pessoas trazem para o debate os seus problemas, incertezas, angústias, inseguranças, dificuldades na família, comunidade, além de ser um espaço rico para troca de experiências e formação pessoal e social. O grupo possibilita que o sujeito possa conquistar e reconstruir sua emancipação social a partir de sua reflexão.

Ao ser compartilhada, a experiência de cada um dá sentido a outras experiências e, assim, é possível ser resignificada, receber novos sentidos, valores, possibilidades de emancipação e as atitudes de cada participante podem ser repensadas e reavaliadas e, a partir das novas relações é possível uma revisão do que foi anteriormente vivenciado, fazendo surgir novas possibilidades, dentro de uma perspectiva coletiva e autônoma para enfrentar as diversas expressões da questão social vivenciadas diariamente em seu meio social, familiar e comunitário (ASSUNÇÃO; PEDROSA, 2015).

Pereira (2015) ao descrever o trabalho do assistente social no CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) discorre sobre como o trabalho já foi voltado ao assistencialismo, responsabilizando o próprio indivíduo pela sua situação de vulnerabilidade, mas que após o Movimento de Reconceituação o trabalho vai ao encontro das premissas de Paulo Freire, uma vez que o trabalho socioeducativo volta suas ações para o desenvolvimento da liberdade e autonomia do indivíduo, em um processo de conscientização, efetivando um trabalho que realmente venha atender às transformações do modo de pensar das famílias que demandam serviços assistenciais. E a conscientização deve ser realizada por meio da ação dialogal, onde ninguém educa ninguém sozinho, haja vista que o processo de aprendizagem deve ser um ato coletivo e solidário, preservando o espírito da participação popular.

Camargo *et al* (2017) descrevem uma pesquisa que realizaram sobre o consumo de drogas com estudantes de uma escola rural, na qual o processo de coleta e análise de dados ocorreu de forma participativa entre os adolescentes e os pesquisadores. Na abordagem, foram desenvolvidas dinâmicas de “criatividade e sensibilidade”, que possibilitaram aos sujeitos expressarem suas percepções, interagirem entre si e com os pesquisadores e realizaram um movimento de auto cuidado com a saúde. Fizeram uso de uma metodologia que segue os preceitos freirianos de uma educação libertadora, na qual todos são sujeitos do processo, tendo-se como princípio a construção coletiva dos saberes, em que a produção de conhecimentos ocorre entre todos os envolvidos, mediatizados pelo mundo.

Como resultado, perceberam que o diálogo entre os adolescentes e pesquisadores superou a condição de objeto dos adolescentes e valorizou a dimensão social e coletiva dos mesmos e levar a problemática das drogas com base no diálogo e na problematização, sobre o ponto de vista dos adolescentes, indica uma ação de forma educativa na tomada de consciência e no desenvolvimento da autonomia ante o tema proposto, fazendo com que eles pensem a partir do concreto e assim possa haver uma transformação da realidade (CAMARGO *et al*, 2017).

Da mesma maneira, os grupos psicoeducativos são muito utilizados quando o assunto é saúde mental e as técnicas psicoeducacionais estão presentes, na sua grande maioria, em protocolos de tratamento de doenças psíquicas sendo considerada uma intervenção de apoio para outros tratamentos ambulatoriais, além de desenvolver autoconhecimento, e de ser um meio de ampliar informações acerca do funcionamento das patologias mentais, com o objetivo de fornecer informações sobre sintomas, indo da prevenção à prognósticos de transtornos (BARRETO; PAZ; CAILLAVA, 2020).

A psicoeducação se caracteriza como uma intervenção ou técnica psicoterapêutica utilizada para auxiliar no tratamento de transtornos psiquiátricos e consiste na transmissão de conhecimento sobre o quadro clínico associado a estratégias de acolhimento psicológico e promoção de insight sobre o estado de saúde do sujeito (MAIA; ARAÚJO; MAIA, 2018, p.55).

Trata-se de uma técnica embasada no modelo biopsicossocial, no qual o indivíduo é visto como um ser holístico e sistêmico, em que se une conceitos de teorias e da prática psicológica com o processo educativo de aprendizagem, tendo como principal objetivo poder dar melhor assistência as complexidades que envolvem a saúde do indivíduo^{2,3}. Aliado a isso, a técnica psicoeducativa se propõe a – por meio da promoção de um ambiente acolhedor e de confiança, associada ao fornecimento de informações – incentivar mudanças comportamentais, sociais e emocionais para, subsequentemente, prevenir adoecimentos e promover saúde.

Os autores ainda reforçam que a psicoeducação tem se mostrado eficaz para trabalhar autonomia e resiliência quando se refere a indivíduos em sofrimento psíquico, visto que é uma intervenção que pode ser utilizada tanto individualmente quanto em grupo, apresentando-se como um dispositivo favorável também ao fortalecimento de vínculos e à construção de redes de apoio e suporte social/interpessoal.

A psicoeducação está muito vinculada à promoção de saúde, visto que esta objetiva expandir o potencial positivo de saúde visando capacitar as pessoas para que conheçam e controlem os fatores determinantes da saúde, devendo, assim, ser entendida como uma

estratégia transversal que não se limita a questões relativas à prevenção, tratamento e cura de doenças (BRITO; PONCIANO, 2021).

Galdino *et al* (2022) também trazem algumas definições sobre psicoeducação, esclarecendo que o termo “psico” se refere a teorias e técnicas psicológicas e o termo “educação” está ligado à área pedagógica, que envolve o processo de ensino-aprendizagem. Assim, a psicoeducação abrange diferentes teorias e técnicas psicológicas e educativas para auxiliar no desenvolvimento emocional, comportamental e social do paciente, e o profissional atua como mediador do processo de mudanças, sendo um recurso bastante eficaz para intervenções no campo da saúde.

A psicoeducação é uma forma de aprendizagem que auxilia o paciente a desenvolver pensamentos, idéias e reflexões sobre o mundo, as pessoas e sobre como agir diante de algumas situações, facilitando processos de mudanças, de aceitação, levando a uma melhora na qualidade de vida (GALDINO *et al*, 2022).

Através da psicoeducação, os pacientes podem ser orientados tanto em atendimentos individuais quanto grupais, possibilitando a troca de experiências através dos relatos, e também por meio de oficinas, cartilhas, palestras, com o objetivo de conscientizar sobre determinados temas. Além disso, ela tem enfoque interdisciplinar, principalmente no contexto da saúde, visto ser uma ferramenta necessária para a intervenção, cumprindo inclusive com o princípio da integralidade preconizado pelo SUS.

Os autores ainda citam estudos que ressaltam a importância do desenvolvimento de projetos e programas de psicoeducação com foco na prevenção de agravos e promoção de saúde, assim como demonstram a possibilidade um maior engajamento do paciente no tratamento, motivação para novos hábitos e satisfação com o tratamento e refletem que esses resultados foram alcançados tendo em vista que a técnica implica no uso de situações da vida do próprio paciente para ilustrar os conceitos e suas aplicações, ou seja, elas partem do concreto para que possa haver melhor compreensão e assim haja mudança (GALDINO *et al*, 2022).

Brito e Ponciano (2021) ressaltam como o atendimento em grupo pode ser um espaço psicoeducativo privilegiado para trabalhar as habilidades que facilitam a promoção da saúde, visto que possibilita trocas de experiências e há a descentralização da figura do facilitador, criando um campo de horizontalidade afetiva, encorajando os participantes a compartilharem suas experiências e opiniões.

Os autores relatam um estudo com universitário cuja intervenção psicoeducativa em grupo teve o objetivo didático de conscientização sobre o potencial das sensações corporais e

das emoções como ferramentas para o desenvolvimento de habilidades de autorregulação. A enfatizou a construção da experiência subjetiva na relação, incluindo também os pesquisadores, que investigaram com os participantes, buscando novas possibilidades de sentidos a respeito do fenômeno experienciado.

Como resultado, eles perceberam que a prática psicoeducativa permitiu uma experiência de autorregulação, “propiciando o surgimento de novos significados sentidos, para compor a elaboração da experiência subjetiva, vivida no grupo, a partir de uma percepção de segurança que pode auxiliar no desenvolvimento saudável” (BRITO; PONCIANO, 2021 p. 924).

Barreto, Paz e Caillava (2020) também relatam uma experiência de trabalho em grupo realizada em um CAPS na cidade de Bagé (RS). Trata-se de um grupo psicoeducativo, no qual todos os temas trabalhados na oficina de psicoeducação foram sugeridos pelos próprios participantes, favorecendo assim o papel ativo de cada integrante e proporcionando autonomia.

Por se tratar de um grupo aberto e participativo, houveram momentos em que as trocas de vivências experienciadas pelos usuários enriqueciam a atividade proposta, e com a intervenção das pesquisadoras, coordenadoras do grupo, tais relatos ajudavam nas desmistificações providas pelo senso comum. Elas também relatam que foi possível observar ao passo que um dos participantes se manifestava acerca de seus conhecimentos e vivências, a qualidade da aprendizagem se tornava mais produtiva, visto que os outros participantes do grupo poderiam correlacionar os conteúdos aprendidos com a experiência do colega, assim como com identificações pessoais, promovendo uma escuta empática nos integrantes.

Como resultado, Barreto, Paz e Caillava (2020) perceberam que através da experiência proporcionada pelo grupo, a técnica de psicoeducação é uma importante ferramenta terapêutica para as intervenções em grupo, possibilitando o compartilhamento de experiências, o esclarecimento de percepções errôneas acerca das patologias, contribuindo para a diminuição das crenças disfuncionais e preconceitos. Assim, a psicoeducação pode impulsionar a promoção de saúde mental em instituições públicas e ajudar na conscientização dos transtornos psíquicos e na elaboração de estratégias de enfrentamento dos mesmos.

Da mesma forma, Guariento, Torres e Ecker (2019) também relatam uma intervenção psicoeducativa se utilizando de oficinas em um CAPS AD, concluindo que a psicoeducação é uma importante ferramenta tanto no tratamento dos pacientes como na prevenção de agravos e promoção de saúde, visto que os pacientes relataram diminuição da ansiedade, assim como mudanças em seus hábitos diários, como sono, alimentação e maneira de lidar com conflitos

familiares, passando a ter uma postura mais ativa no próprio tratamento. Essas mudanças foram atribuídas ao fato de ter sido ofertado para os pacientes um espaço proporcionado pelas oficinas que possibilitou a discussão e o esclarecimento de modo que pudessem compreender que a medicação é apenas um dos componentes de um tratamento e que é necessária uma abordagem mais ampla.

Dessa forma, é através do diálogo que se valoriza o saber popular e a troca de saberes, para problematizar as situações concretas vivenciadas pelo indivíduo e pela coletividade, não reduzindo ao depósito de idéias, de forma que, ao educar, o educador também aprende. Assim, comunidade e profissionais podem superar compreensões de mundo que não são capazes de explicar e mostrar soluções para os problemas, numa postura dialógica, aberta, questionadora e não apassivadora, sem imposição de saberes e sem absorção ingênua de leituras de mundo (SOUSA; MARQUES, 2011).

O diálogo abre caminhos para pensar a vida em sociedade, pensar a cultura, a educação, a linguagem e para transformar o mundo. O desafio que Freire propõe implica construir novos saberes a partir do diálogo que promove a partilha de mundos diferentes.

Sousa e Marques (2011) apontam que a socialização de informações pressupõe uma relação democrática e aberta à reflexão e à crítica, além de tornar transparente, ao sujeito que busca o serviço, as reais implicações de suas demandas.

Somente na comunicação a vida humana tem sentido e o pensar do educador somente se torna autêntico na autenticidade do pensar dos educandos, mediatizados pela realidade e, portanto, na intercomunicação (FREIRE, 1996).

Afinal, é preciso manter a chama da curiosidade, do diálogo, a fim de entender a complexidade do mundo, do entendimento que sai do campo da ignorância para compreender o sentido do caminhar humano no mundo e esses conhecimentos devem ser despertados pelo educador (SAMPAIO, 2015).

3.2 A DIMENSÃO EDUCATIVA E A PSICOLOGIA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Com a intenção de analisar a dimensão educativa da Psicologia na Atenção Básica à Saúde, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais que estão inseridos nas equipes das Unidades Básicas de Saúde do município de Franca, interior de São Paulo.

Esses profissionais representam as cinco regiões, a saber: norte, sul, leste, oeste e centro, tendo em vista as especificidades de cada território.

A partir das respostas obtidas, foi possível perceber um alinhamento do trabalho dos profissionais, apesar de cada um atender de maneira específica à demanda da sua região.

Vale ressaltar que dos cinco profissionais entrevistados, dois estão há pouco tempo atuando na Unidade, sendo que um deles é contratado por processo seletivo com duração pré-determinada, pois está substituindo uma profissional em licença maternidade e outra já atuava há mais de 20 anos no município, mas era no setor de Educação e foi remanejada após a pandemia para a Saúde.

Assim, ao questionar quais as atividades desenvolvidas pelo psicólogo na Atenção Básica em Saúde, os profissionais afirmam que a demanda é muito grande e há várias atividades desenvolvidas, porém devido à pandemia de Covid 19, os atendimentos em grupos, que devem ser prevalentes, foram interrompidos e estão sendo retomados aos poucos.

“[...] Então, eu faço atendimento individual por enquanto, mas nós temos que fazer atendimento em grupo. Eu entrei pensando em fazer mais atendimento em grupo, porque eu adoro trabalhar com grupo, eu acho muito rico, mas não deu porque a demanda é muito grande, é imensa. Então, eu me envolvi com toda aquela demanda e não consigo montar os grupos, sabe? Não tem dia, não tem hora, então por enquanto eu estou trabalhando mais um individual mesmo, mas não deixei de pensar em montar os grupos (Gardênia).”

“[...] Aqui por enquanto, como eu estou aqui há cinco meses, eu estou fazendo apenas o atendimento individual diariamente e já fiz duas visitas domiciliares também. Mas aqui, como chega demanda, às vezes do Ministério Público e tudo mais, pra assistente social aí a gente já combina e vai junto, faz o relatório junto da pessoa e tudo mais, mas foram só duas vezes até agora. É que essa demanda ela vem chegando aos poucos. Deixa eu pensar o que mais... É, por enquanto eu estou só com atendimentos individuais mesmo aqui (Magnólia).”

“[...] Aqui a gente realiza atendimentos individuais, psicoterapia individual, a gente também realiza psicoterapia grupal e também atividades socioeducativas, por exemplo, vai ter alguma data comemorativa, Outubro Rosa, aí eu faço alguma atividade educativa sobre os fatores emocionais do Câncer de mama, então assim são

essas atividades, atividades preventivas a gente... na verdade o que a gente deveria trabalhar muito na UBS, atividades de prevenção de agravos e promoção de saúde mental, só que acaba que a gente fica muito mais, no entre aspas, no curativo, mas assim o trabalho ideal seria nesse sentido, desenvolver grupos de promoção de saúde mental (Lírio)."

"[...] Então, como é básico, é tudo de porta de entrada, então a gente... qual que é a demanda maior? É de atendimento. A gente está com a enfermeira do ESF e estamos tentando montar alguns grupos mais educativos, mais nesse sentido e já foi feito muito aqui, é que nesse momento depois da pandemia está se reestruturando as coisas, então agora tá normalizando, a agenda já tá bem...já tá bem..espremida sabe? Então o que a gente faz? A primeira coisa é socorrer a demanda, então tem muito atendimento, mas qual que é o nosso objetivo? É não ter atendimentos longos, porque senão a gente fecha a porta de entrada. Então nós temos essa questão aí, mas fica muito complicado, porque hoje não tem coisa simples, você é psicóloga você sabe, não tem caso fácil, então você acaba ficando muito tempo com o paciente, só que a gente vai dando o nosso jeito, tipo por em grupo, fazer quinzenal quem não é grave, então se concentra mais em atendimento mesmo. Mas assim, a nossa intenção agora, que eu tenho essa parceria com ela, é tentar evoluir para grupos educativos também, tentar fazer (Violeta)."

"[...] Então, aqui tem o acolhimento, o acompanhamento psicológico, que seria tanto a psicoterapia individual quanto em grupo, pré e pós testes rápidos que são feitos na unidade, que iniciou em 2015, quando eu vim pra secretaria da saúde, a gente fez uma capacitação, então quando têm esses testes rápidos a enfermeira faz lá a parte dela, furar o dedo, mas, o pré e pós ficam ou com a psicóloga ou assistente social, quem fez essa capacitação; palestras, muito em parceria com a assistente social, porque é ela quem vai montar o grupo, por exemplo: o grupo do leite, o grupo vida viva que é de atividade física, então ela organiza e coloca nós, profissionais, para ir lá fazer palestra. Eu não gosto muito de falar "palestra", acho que é mais uma roda de conversa, porque é aquilo: como que eu me posiciono diante das pessoas? Eu penso que eu não posso ficar nesse lugar de poder, de saber, eu penso que o saber tem que girar, eu vejo muito como troca, ninguém é desprovido de saber, ninguém chega aqui, sobreviveu até hoje sem saber nada. A gente não pode perder de vista esse saber das pessoas, eu acho que tem que ser valorizado e eu procuro fazer muito isso. Por exemplo, eu fui falar de ansiedade no mês passado para as mulheres no Vida Viva... como é que você faz? Que prazer você tem? O que te alivia? Porque a gente não pode vir com uma coisa pronta que às vezes não faz sentido pra aquelas pessoas. E orientação, eu faço grupo de pais como pré requisito como atendimento da criança, então eu já coloco essas orientações, onde eu abordo vários temas como a função da família, função materna, função paterna, limites, questão de gênero, e aí o grupo vai colocando também, porque eles participam muito e eu já aviso no início que nesse dia não vamos falar da queixa da criança, vocês vão sair daqui com esse dia marcado, mas aí eles não aqüentam e falam "ah, mas lá em casa é assim", eu falo do quanto é importante respeitar o pai e a mãe, um não contradizer o outro, como é a autoridade, então vem muita coisa...(Astromélia)."

Dentre a multiplicidade nas falas, foram evidenciadas muitas atividades desenvolvidas pelos profissionais, mas de maneira geral se concentram em atendimento dos pacientes, seja individual ou em grupo.

Mesmo recebendo orientações gerais da Secretaria Municipal de Saúde sobre organização do fluxo de atendimento para que os profissionais trabalhem alinhados, cada um tem autonomia para desenvolver as atividades conforme a demanda, surgindo, assim uma possibilidade de atuação ampliada, que vai desde a participação em grupos preventivos e de promoção de saúde (gestantes, hipertensos, diabéticos, vida viva, entre outros) até os atendimentos clínicos propriamente ditos, seja para avaliação, psicodiagnóstico, orientação, psicoterapia, entre outros, confirmando a discussão de vários autores e as orientações do Conselho Federal de Psicologia (OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007; ZURBA *et al*, 2012; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; RONZANI; RODRIGUES, 2006; GORAYEB; BORGES; OLIVEIRA, 2012; LIMA, 2005; CFP, 2010).

Os autores acima observaram em seus estudos que não há o estabelecimento de um protocolo de atuação do psicólogo na Atenção Básica, porém os profissionais desenvolvem intervenções pertinentes aos casos que surgem e assim, estas acabam sendo amplas, mas sempre dentro do escopo de atuação da Psicologia.

As práticas em saúde vêm se modificando juntamente com as mudanças nas conceituações sobre saúde. Os profissionais têm percebido que não basta a clínica tradicional como tratamento ou mesmo como prevenção, é preciso repensar as práticas do cuidado, juntamente com os princípios que foram colocados para o sistema de saúde para atender a complexidade da vida humana e amplitude dos fenômenos que envolvem as condições concretas de vida em um adoecimento.

A postura do psicólogo passa a ser mais ativa, visto inclusive o contato direto com o território, que lhe faz levar o seu olhar aos outros profissionais da equipe e compreender a demanda que de fato a população tem, apontando para novas formas de atuação.

Ronzani e Rodrigues (2006) trazem essa reflexão ao apontar que as práticas em Psicologia devem ser problematizadas para o constante desenvolvimento da profissão e algumas tentativas de reformulação têm sido feitas por alguns profissionais que procuram fazer da Psicologia uma disciplina de relevância social, voltada, principalmente, para a saúde de forma ampla e não somente para a saúde mental.

A nova concepção de saúde tem o intuito de abandonar o enfoque na doença e passa a levar em consideração a saúde e o bem estar relacionados ao desenvolvimento social e superar o enfoque na normalidade e ausência de sintomas e para tanto deve inovar e reformular as práticas profissionais, para conseguir abranger e atender a demanda da população.

Essas possibilidades de atuação mostram como o conhecimento sobre o território e as possibilidades que o profissional pode organizar para o engajamento dos pacientes é

fundamental. Como orienta o CFP (2019), o psicólogo precisa refletir a quem o modelo da clínica individual e semanal se aplica, afirmando que as múltiplas modalidades de atendimento também servem para construir diferentes abordagens para as necessidades específicas.

Nesse sentido, as repostas dadas pelos profissionais vêm ao encontro de outra pergunta feita durante a entrevista sobre a autonomia do profissional para desenvolver suas atividades e intervenções, que, como visto nas respostas anteriores, eles têm, sim, autonomia para gerir suas intervenções da maneira que considerarem mais adequada.

Lima (2005) também cita em seu estudo que a maioria dos profissionais aponta para a necessidade de adequar a sua atuação às demandas dos usuários, devendo muitas vezes, sair da clínica tradicional e ampliar os recursos para intervenção que exige trabalhos mais integrados e de cunho educativo, preventivo e de promoção da saúde e o trabalho em grupo.

Nesse contexto, foi questionado aos profissionais sobre a estrutura dos atendimentos psicoterápicos, se são individuais ou em grupo, ao que respondem, de maneira geral, que novamente, é sempre realizado conforme a demanda, apesar de receberem instruções para priorizar os atendimentos coletivos, porém o profissional tem condições de avaliar os casos que podem ser trabalhados em grupo e os que devem ser tratados de maneira individual, como é possível perceber em suas respostas:

“[...] A Administração cobra muito. A questão do horário é um problema lá na unidade. Por quê? Porque não tem sala. Eu não tenho uma sala. Eu fico buscando sala, entendeu? Então cada hora eu estou numa sala, porque a prioridade são os médicos. A fono tem a sala dela, assistente social tem a sala dela, o médico da família tem a sala dele, a única que não tem sala é a psicologia. Então assim ó, ‘ah agora eu não vou atender, agora eu vou almoçar’, então é aqui que eu vou atender, é horrível. E como eu falei, eu me envolvi muito com a demanda e ainda não consegui montar os grupos, porque eu acho que tem casos ali que não podem ser colocados em grupo. Eu acho muito comprometedor (Gardênia).”

“[...] Então, eu estou levantando as demandas. Por enquanto eu estou identificando que daria pra montar um grupo de crianças, pelo menos um grupo operativo, pra fazer algumas atividades e também desafogar um pouco os horários pra poder encaixar mais pessoas. Por enquanto nesse sentido não tá tendo essa necessidade de desafogar a agenda, mas muito e muito em breve já vou precisar fazer isso pra ir liberando mais vagas também. E eu entrei aqui fazendo atendimento quinzenal pra poder conseguir abraçar o máximo de atendimento, de pessoas possíveis. E eu entrei substituindo a outra psicóloga, ela também nem teve tempo de organizar nada. Eu peguei até alguns casos que ela me passou, que já estava em acompanhamento com ela pra dar esse segmento, então, também vou ser bem sincero, cheguei aqui e meio que estou perdido. É assim, nunca me deram muita orientação, eu pego mais as orientações lá daquela reunião, sabe? É a gente tem que ir se virando conforme vai dando. Lá na reunião a gente tá montando alguns padrões de atendimento, algumas

regras assim, até pra população não ter divergência nos locais também, pra ser uma coisa padronizada (Magnólia)."

"[...] Na verdade eu acabei fazendo conforme demanda. Aqui pelo que eu percebo em Franca não tinha uma unificação. Quando eu entrei, a pessoa que me orientou que era uma psicóloga que eu ia entrar no local dela de trabalho lá na UBS que ela trabalhava, na verdade eu fiquei em duas UBS durante um tempo, fiquei aqui e numa outra, então ela me orientou a fazer só atendimentos individuais e eu sempre fui da área social, então fiquei meio um peixe fora da água, mas aí eu fico conversando nas reuniões e percebi que cada um fazia de uma forma diferente, percebi que a prioridade são atendimentos grupais, então também lendo os manuais que orientam sobre o atendimento de saúde mental na atenção básica, estão orientando mais nesse sentido de desenvolver atendimentos grupais e prevenção, promoção e eu que fui estruturando o meu trabalho, fui organizando a demanda, por exemplo, hoje eu tenho dois grupos de adolescentes e um grupo de adultos (Lírio)."

"[...] Então, criança e adolescente eu faço primeiro esse grupo de orientação de pais, depois uma entrevista de anamnese e só depois faço a avaliação da demanda. E o adulto também vem um horário por mês, então eu já agendo a entrevista individual, preencho essa folha da entrevista psicossocial e aí vou ouvir a demanda e coloco no grupo que eu acho que cabe melhor. Mesmo grupo que está em andamento, refaço o contrato (regras) e não coloco número determinado de quantidade de pessoas (Astromélia)."

Cada profissional estrutura seu atendimento conforme necessário, mas apontam a mudança de paradigma do atendimento individual para o atendimento coletivo ou em grupo. Sendo importante refletir que o atendimento em grupo não deve ser realizado apenas com o intuito de atender a uma grande demanda, mas de compreender a relevância da troca de experiências e da socialização para melhora do quadro do paciente. Além disso, apontam também algumas dificuldades enfrentadas, como agenda apertada, falta de estrutura física (sala) para atender, mas estão sempre em movimento, buscando a melhor forma de atuar.

O trabalho em grupo foi apontado diversas vezes como sendo uma estratégia muito útil que possibilita ampliar as ações e desenvolver a integração entre os participantes.

Oliveira, Silva e Yamamoto (2007) destacam o aumento da demanda em atendimentos psicológicos em uma unidade de saúde no município de Natal (RS) e refletem a dificuldade do psicólogo em atender a maioria das queixas, mostrando a impossibilidade de atendimento nos moldes como estão organizados os serviços. O que revela a incapacidade dos profissionais para atender a uma demanda que não esteja circunscrita aos problemas existenciais, típico das abordagens individuais e aponta que o crescimento da "lista de espera" mostra a incompatibilidade entre o atendimento individual e a proposta de um programa, se referindo a Estratégia de Saúde da Família, que tem, entre suas principais diretrizes, a maior abrangência possível da comunidade atendida.

Percebe-se também, pelas falas, que os profissionais têm buscado na literatura orientações para novas formas de atuação, se mostrando em constante atualização, construindo novas formas de se fazer saúde. Observou-se também que os profissionais têm conhecimento das diretrizes e princípios do SUS.

A intervenção junto à comunidade e os pacientes permitem melhor resultado no tratamento e melhoria da qualidade de vida e dessa maneira, torna-se importante que o profissional tenha conhecimento teórico e metodológico mais amplo e articulado com os vários fatores implicados no processo de saúde (RONZANI; RODRIGUES, 2006), para que sua intervenção seja, de fato, efetiva.

Pensando nesse contexto de atendimentos coletivos, foi solicitado que o profissional falasse um pouco sobre seu trabalho grupal, discorrendo sobre as demandas, os temas trabalhados, a periodicidade, entre outras questões que o profissional considerasse pertinente, com o intuito de compreender melhor essa maneira de intervenção.

“[...] Como eu disse, ainda não iniciei os grupos, mas eu já teria no caso, esse pessoal. Porém, quando eu leio as minhas anotações eu vejo que ainda não posso colocar A com B, com C com D então, eu fico meio resistente com isso e nós nem temos um lugar lá também pra fazer grupos, eu tenho que pedir uma sala emprestada na comunidade se tiver alguma coisa. Tem que andar uns quatro quarteirões pra encontrar uma sala. É bem complicado ali, muito complicado (Gardênia).”

“[...] Está tendo grupos agora, porque não está dando pra manter o individual, então já tenho alguns grupos, já estão funcionando, principalmente de crianças. De adultos não. Estou pensando em alguns educativos com ela (enfermeira), alguns de psicoterapia, mas a demanda de criança está maior, então foi preciso agrupar. Agrupo por idade mesmo, demanda não, porque o diagnóstico é diferente, tento colocar mesmo pela idade. O psicoterapêutico é bem espontâneo, porque cada um tem uma demanda, eu cheguei a fazer muitos grupos aqui há alguns anos atrás e era muito interessante... assim, aquilo que você não fala o outro da um pitaco, espontaneamente e ajuda muito a movimentar. Às vezes, alguma coisa que demoraria pra pessoa entrar em contato, ela consegue nessas conversas do grupo. É diferente das outras áreas nos grupos educativos, tipo a fono, ela tem um protocolo e segue e a gente não, é complicado, então eu gosto de trabalhar com a demanda espontânea, porque o inconsciente fala e aí você não precisa ficar procurando muito, a pessoa já traz aquilo. E a partir do que ela traz você vai acompanhando ela, melhor do que trazer um tema fechado. Às vezes até levo, pergunto, por exemplo, ciúme do irmão, quando vou trabalhar com a gestante, começa aí e vai por outro caminho que você nem imaginava, de repente uma gestante que perdeu um bebê que está com medo, aí a outra que está ali no grupo, que nem sabia o nome dela, de repente fica solidária, é bem legal, vai criando vínculo, fortalecendo (Violeta).”

“[...] Na verdade, esses grupos educativos têm temáticas específicas, grupos psicoterapêuticos não tem temáticas específicas, mas às vezes eu trago um texto pra gente refletir, às vezes pessoas falam ‘ah eu gostaria de falar um pouquinho sobre

ansiedade’, então as vezes eu trago algumas reflexões certo, mas assim é mais os grupos psicoeducativos que tem temáticas específicas e o que também pode acontecer muito na UBS é que, às vezes a gente não consegue, porque é complexo, mas são os trabalhos multiprofissionais, grupos educativos multiprofissionais. Isso seria o ideal, então promoção da saúde envolve saúde física e saúde mental, trabalhar com todos os profissionais: enfermeiro, psicólogo, a fono, assistente social, médico, nem sempre é possível. Teve uma época que a gente até tentou abrir um grupo aqui, mas aí começou a pandemia e acabou que esse grupo foi paralisado, não sei se um dia a gente vai conseguir retomar, mas a gente queria fazer um grupo de hipertensos, diabéticos e obesos. E aí o médico iria fazer os encaminhamentos, ia atender o pessoal que tinha diabetes, hipertensão, obesidade, precisaria de um acompanhamento nutricional e a gente faria um grupo em parceria com a nutricionista da secretaria de saúde. Então seria a psicóloga, a nutricionista, a assistente social, a médica, a enfermeira, então, a gente trabalharia várias temáticas assim, ela faria o acompanhamento nutricional, a psicologia faria o acompanhamento dos fatores emocionais, nesse sentido, certo? Aí seria um grupo que teria mais encontros, a gente tava definindo uns 4 meses, então a gente já tinha organizado tudo, aí veio a pandemia e depois não teve mais grupo. Olha, tá vendo mais ou menos, só pra você ter uma noção, aí daria os mesmos participantes do começo ao fim. Aí finalizaria e abriria vagas para os novos participantes, grupo fechado. Os grupos de psicoterapia eu deixo eles meio que abertos, então assim, eu converso previamente com o grupo, mas na verdade eles já estão cientes desde o começo, ‘se precisar incluir alguma pessoa, eu vou conversar com vocês antes’. E mesmo para pessoa quando eu passei na entrevista eu falo: ‘você vai entrar em um grupo que já está caminhando’, explico então como funciona, quais são as regras do grupo e aí o pessoal caminha bem, o pessoal acolhe bem, e o grupo de psicoterapia não tem quantidade de encontros pré definidos. Vai tendo alta individual, tem alguns casos, às vezes até a pessoa mesmo, ela me procura, informa que não vai mais participar do grupo, está se sentindo melhor, ou às vezes começa a trabalhar, então assim vai... acaba que dificilmente eu vou ficar aqui com uma pessoa no grupo sei lá, dois anos. Também tem a possibilidade de eu poder falar assim: ‘olha pessoal, agora a partir de agora eu vou marcar algumas entrevistas, devolutivas do atendimento, uma reavaliação, também, a gente vê como que está, para algumas pessoas, se a gente poder dar alta’, tem toda essa liberdade (Lírio).”

“[...] Eu não gosto de grupo temático, eu prefiro roda de conversa. Temático mesmo, só esses grupões, tipo roda vida ou do leite. Eu não trabalho assim, como você perguntou da autonomia, acho que vai muito da autonomia e como que o profissional gosta de trabalhar. Eu não trabalho grupos temáticos não, os meus são grupos terapêuticos mesmo. Até 5 pessoas, pelo espaço, 1 hora de duração. E o psicoterapêutico também é educativo, a orientação de pais é educativa, a partir do momento que tratamos de alguma questão, por exemplo, de gênero, ou no grupo de hoje, por exemplo, tem uma senhora que traz muitas questões raciais, então é educativo porque nós vamos falar sobre isso, ou falar da medicação e a autonomia nessa medicação, eu acho que está tudo muito interligado. Não vou falar é só terapêutico ou é só educativo, funciona tudo ao mesmo tempo, é muito dinâmico. Os grupos são abertos e fica muito livre para eles irem conversando, uma teoria dinâmica, no sentido que se quiserem trocar telefone, podem trocar. Autonomia tá nisso, eu sou muito flexível. Por exemplo, dia das mães, fazer uma palestra de sala de espera, eu tenho dificuldade, porque tem varias pessoas ali, é um local de passagem, cada um fazendo uma coisa, acho que não é o lugar, as pessoas talvez não vão ouvir. Suicídio, eu falo aqui todo dia [...] as pessoas trazem esses assuntos todos os dias. Se eu trazer algo pronto, não vai fazer sentido. Respeito muito a vivência do outro, acho que tem que ser valorizado, então venho livre de preconceito, de estigma, procuro trabalhar muito livre, não é a minha crença, meus

valores que tem que ser imposto ali, pergunto ‘o que isso significa pra você? Que valor você dá pra isso?’ Não é o meu valor que tem que ser imposto, se não a gente entra naquela questão médica, do autoritarismo, eu tenho que trabalhar o inverso (Astromélia).”

É possível perceber novamente nas falas que, algumas vezes, o atendimento em grupo parece ser priorizado no sentido de liberar vagas na agenda, entretanto, as profissionais apresentam uma estratégia de intervenção em que os pacientes sejam beneficiados, pois eles trabalham algumas questões mais peculiares no atendimento individual e então, quando percebem que o paciente está preparado para a psicoterapia grupal, eles são inseridos nela.

Quanto às modalidades grupais realizadas há grupos abertos e fechados, grupos psicoterapêuticos e educativos, mas vale ressaltar que alguns profissionais reforçam que o grupo psicoterapêutico também é educativo, pois ao passo que você discute um tema trazido pelo paciente, está ocorrendo um processo educativo e transformador.

Com relação ao tempo de duração, os grupos psicoeducativos e multiprofissionais geralmente tem número de encontros pré-estabelecidos, já os grupos psicoterapêuticos costuma ter um tempo indeterminado, visto também o fato de ser aberto e então cada paciente/ participante estará em um momento diferente em seu processo terapêutico.

Os grupos educativos são destinados a promover um espaço de troca de experiências além de fornecer informações quanto ao processo saúde doença, e, geralmente são baseados em “datas comemorativas” como Janeiro Branco, Setembro Amarelo, Outubro Rosa¹, ou grupos específicos como gestantes, hipertensos e diabéticos.

Além desses, há também grupos formados pelos assistentes sociais, de promoção de saúde, que são mais amplos, envolvendo atividade física, artesanato, entre outras atividades, nas quais os psicólogos e também outros profissionais são chamados a participar e discorrer sobre algum assunto. Nesses casos, alguns psicólogos ressaltaram a importância de não levarem um tema pronto a ser trabalhado, mas que esses fossem elencados a partir do interesse e da necessidade dos participantes.

A prática grupal possibilita o desenvolvimento da autonomia dos participantes, assim como leva a uma maior compreensão das situações vivenciadas, das dificuldades e sofrimentos que enfrentam, que só é possível quando as ações educativas consideram as características do grupo atendido (PEREIRA, 2015).

¹ Janeiro Branco é uma campanha de conscientização sobre Saúde Mental. Setembro Amarelo é uma campanha de prevenção ao suicídio. Outubro Rosa é uma campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama.

E como Zimmerman e Osório (1997) elucidam, os grupos não são meramente uma quantidade de pessoas reunidas, mas é o objetivo em comum que as tornam um grupo e ele têm grande poder de transformação social, pois os membros vão estabelecendo suas relações, seus vínculos de pertencimento e de entrega pessoal e coletiva.

Nesse sentido, o atendimento em grupo permite um encontro com o ‘outro’, e a partir dessa identificação, da percepção de experiências semelhantes, pode haver uma transformação, uma mudança na maneira de pensar, de agir, que possa trazer alívio para as angústias sentidas.

Além disso, ao preferir trabalhar com a demanda espontânea, inclusive ao fazer grupos temáticos, ultrapassando o formato educativo que apenas trazem informações prontas sobre como as pessoas devem agir, os profissionais atuam em conformidade com a idéia de Paulo Freire (2004), que propõe que para que o processo educativo seja transformador, é necessário compreender que o usuário é detentor de conhecimentos sobre os quais constroem sua identidade e esses saberes não são menos importantes que os saberes técnico-científicos, como percebido na fala dos profissionais, que afirmam ser complicado levar algo pronto para ser trabalhado nos grupos, pois os participantes têm uma demanda própria, que às vezes não é a mesma que o profissional traria. Dessa forma seus saberes são valorizados, suas experiências, seus interesses, o que implica em maiores transformações, aprendizados, mudanças e, conseqüentemente, melhoram sua qualidade de vida.

Assim, os participantes têm a possibilidade de pensar a partir do concreto, que são as suas experiências diárias, para alcançar a compreensão da realidade, aproximando-se da educação dialógica proposta por Freire (1996). A troca de saberes deve dar-se de forma dialógica, sem sobreposição de idéias, devendo pautar-se na valorização do conhecimento e da experiência de cada um.

A dimensão educativa, nesse sentido, deve valorizar os diversos tipos de saberes advindos de experiência de luta, de resistência e de vida e o profissional deve conduzir o usuário rumo à sua emancipação, ofertando a possibilidade para que este cresça e se desenvolva, podendo se reconhecer como ser social inserido numa realidade carregada de inúmeras determinações (FREIRE, 2007).

Dessa forma, para Sousa e Marques (2011), é através do diálogo que o saber popular e a troca de saberes são valorizados, para problematizar as situações concretas vivenciadas pelo indivíduo e pela coletividade, superando compreensões de mundo que não são capazes de explicar e mostrar soluções para os problemas, numa postura dialógica, aberta, questionadora e não apassivadora, sem imposição de saberes.

Assim, os profissionais partem do princípio que a informação em si não é suficiente para a sensibilização dos usuários, mas que é necessário um espaço de reflexão, do próprio participante, quanto às suas necessidades, desejos e valores, assim como o apoio, a orientação do profissional e o suporte do próprio grupo.

Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) também ressaltam que, nessa perspectiva, o profissional, assim como a população que participa dos atendimentos educativos, também têm saberes construídos a partir de suas experiências e condições de vida, além dos saberes específicos profissionais e que ele precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar. Assim, a partir da visão que o outro tem de uma determinada situação, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que deve respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos.

E os profissionais aqui entrevistados, têm atuado com base nesse respeito ao conhecimento que o participante tem, a demanda trazida por ele, sem impor seus conhecimentos técnicos, sem colocar em pauta um assunto que não interessa, mas age com horizontalidade, se posicionando de maneira aberta ao diálogo, ao que cada um tem a dizer para contribuir com o outro. E é isso que enriquece o trabalho, a intervenção.

Já em relação às demandas atendidas na Atenção Básica, é notável que há uma diversidade imensa de questões, visto o fato de ser a porta de entrada do SUS. Os pacientes têm o primeiro contato com o médico ou outro profissional de saúde na Unidade e então discorrerá sobre o que está acontecendo com ele, sobre seu processo de adoecimento e após o acolhimento, esse paciente geralmente é encaminhado para outro profissional especialista para que seja feito um atendimento integral, como preconizado.

“[...] Aparece de tudo. Então tem muito adolescente que se automutila, com problema na família, com problema na escola, comportamental, tem muito TDAH, e daí mais é criança. Todas, as mais variadas possíveis. Adultos também vem demais, desde orientação simples, tem muito caso com ansiedade generalizada, às vezes pânico associado, não consegue ficar no trabalho por conta dessas crises de ansiedade, e vai emendando um monte de coisa...tentativa de suicídio...(Gardênia).”

“[...] Bom, muita queixa de dificuldade de aprendizagem, então encaminhamento da escola, que passa pelo pediatra e ele me passa, muito, muito mesmo e eu atendo. Estou fazendo pós em neuropsicopedagogia então estou adorando pegar esses casos. E depressão, ansiedade, a grande maioria, só que, o que está me surpreendendo mesmo é a quantidade de queixa de aprendizagem, criança em celular, não tem atenção em nada, é difícil. Falta estímulo em casa. E criança já é agitada, normal, só que os pais trabalham o dia inteiro, então o sistema está todo errado. Chega cansado, o filho quer atenção e tudo, mas não: “toma o celular”. É bem mais fácil, mas tem todos esses prejuízos pra saúde da criança (Magnólia).”

“[...] Então, chega muito atendimento, por exemplo, agora, está chovendo de pessoas vindo aqui querendo agendar, porque a médica pediu para fazer avaliação. Então a gente também tem que fazer essas avaliações desses encaminhamentos, a gente também atende algumas questões assim mais críticas, tanto adultos com transtornos psiquiátricos mais graves, depressão com ideação suicida, esquizofrenia, mas esses a gente encaminha pro CAPS ou para o Ambulatório de Saúde Mental, e quando a gente atende crianças com esses transtornos psiquiátricos mais graves, a gente encaminha para o NAIA e para o CER, então precisa de passar pela avaliação da médica, avaliação da fono, anexar os 3 relatórios e encaminhar pro CER. Então aqui a gente fica com, vamos colocar os transtornos psiquiátricos mais leves, depressão, transtornos de ansiedade, ou mesmo algum caso que às vezes a pessoa já teve um transtorno psiquiátrico mais severo. Por exemplo eu estou com uma paciente mais jovem, ela chegou a fazer acompanhamento um tempo no CAPS e ela teve transtorno bipolar, então, fez o acompanhamento lá e agora que ela está estabilizada ela vai continuar o acompanhamento aqui (Lírio).”

“[...] Então tem muita demanda, uma queixa assim, eu não falo depressão, mas de pessoa que perdeu a vitalidade, os objetivos, tanto de adolescentes, até criança você percebe às vezes que está meio desestimulada. E quanto ao adulto, então chegando ao ponto de ter muita tentativa de suicídio e chega pra gente, que não é o lugar, porque seria o CAPS, o Ambulatório de Saúde Mental, mas a gente acaba atendendo, por ser a porta de entrada. Se for uma coisa que dá pra gente trabalhar aqui a gente fica, que é o que eu estava te falando, foge muito do que é o objetivo da UBS, mas fica complicado ficar encaminhando, você tem que ter resolutividade na Atenção Básica pra não sobrecarregar os outros serviços (Violeta).”

“[...] Olha, eu já tive estupro, violência, tentativa de suicídio, e às vezes as pessoas vão falando no decorrer da terapia, idosos que na infância sofreram violência. Questão de aprendizagem, que inclusive eu já aviso, essa questão eu não vou trabalhar, eu vou trabalhar questão de auto estima, insegurança, agora a questão da aprendizagem é o pedagogo, é reforço escolar, então eu já aviso os pais sobre isso. De adulto vem tudo, tentativa de suicídio, depressão, ansiedade, vem com esses rótulos, mas quando você escuta a história da pessoa, você vê que tem mais coisas, o sentido que a pessoa dá pra isso, eu trabalho muito a questão de medicamento nos grupos, que medicamento também é droga e eu vejo que o médico que atua mesmo na saúde mental, atua meio como um traficante, só prescreve dá a droga pra pessoa, muitos querem diminuir a dose do medicamento aí o médico bate na mesa e fala ‘você não quer melhorar? Então tem que tomar’. Então, às vezes o paciente chega com a queixa de que está fazendo um efeito ruim, tendo algum efeito colateral e o médico não escuta e ela precisa ser ouvida, aí para de tomar o remédio.... Então eu percebo que não tem liberdade com o médico (Astromélia).”

Como dito anteriormente, a Atenção Básica à Saúde possibilita o primeiro acesso da população ao sistema de Saúde, sendo a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção de saúde, assim como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o intuito de oferecer atenção integral que seja capaz de impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013).

Dessa forma, os mais diversos casos dão entrada ali e logo são encaminhados para outros profissionais para que possam receber o atendimento integral e adequado ao caso. Sendo assim, o psicólogo recebe uma gama enorme de casos, com demandas diversificadas, desde as mais simples, como orientação, até casos mais complexos, como tentativas de suicídio.

Essa demanda, tão intensa e variada, está relacionada às expressões da questão social, que condensam múltiplas desigualdades, pois a maioria dos usuários do SUS é a população trabalhadora, que muitas vezes é abastada dos seus direitos e adoece, e a saúde é um fenômeno social de múltiplas determinações.

Segundo Silveira e Vieira (2009), a dimensão social que reflete as condições de vida dessas pessoas sempre aparece como um dos elementos mais significativos para explicar o surgimento de problemas psiquiátricos, o que sugere uma explicação do fenômeno com base nos determinantes sociais.

Nesse contexto, a prevenção e promoção estão relacionadas diretamente ao tema dos determinantes sociais de saúde. Ter boa saúde e qualidade de vida 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.

Vivemos em uma sociedade que produz e reproduz as determinações do processo de saúde, enquanto produto social. O modo de produção capitalista determina uma estrutura societária que é composta por duas classes antagônicas – a burguesia e o proletariado –, na qual o trabalho é realizado com base na exploração de uma classe sobre a outra. Dessa maneira, o trabalho torna-se o motivo da riqueza de uns e da pobreza de muitos e são as desigualdades sociais entre as classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde.

E nesse sentido, o trabalho do psicólogo parte do pressuposto de que aquelas pessoas que freqüentam a unidade tem uma determinação sócio-histórica que determina do seu processo de adoecer e de ter saúde.

E esse adoecimento aparece de várias formas, a depender da idade do paciente, da situação familiar e da situação de risco em que se encontra, entre tantos outros fatores. E dessa forma, reconfigura-se também o objeto de intervenção, pois não se trata mais de focalizar na remissão dos sintomas, mas no sujeito social e suas necessidades, que englobam suas condições de vida, de trabalho.

Dessa forma, a saúde é produto do debate permanente com o meio e implica a capacidade de enfrentar os riscos, de tolerar, enfrentar e superar as infidelidades do meio, criar novas normas, valores e modos de viver (ROSA; SILVA-ROOSLI, 2019).

Nesse sentido, pensar saúde enquanto produto social, assim como analisar as variadas demandas que chegam as UBS, apontam para formas de atuação mais abrangentes dos psicólogos, tendo como objeto o sujeito nas suas relações, só assim sua intervenção conseguiria alcançar a real necessidade dos usuários.

Segundo Rosa e Silva-Roosli (2019), reconhecer outras ordens de determinação no processo saúde-doença propicia intervenções menos fragmentadas. E para ampliar a capacidade compreensiva acerca dos modos de vida do paciente é necessário articular a escuta qualificada, contextualizando demandas e singularizando-as, por meio de recursos como o acolhimento e estabelecimento de vínculos.

Nesse contexto, vale ressaltar que a Atenção Básica preconiza a co-responsabilização entre a população assistida e a equipe e, a edificação de um novo paradigma que sustente o atual modelo, centrado no cuidar do sujeito, considerando suas várias dimensões e dentro do seu espaço de vida, que é o território (TANAKA; RIBEIRO, 2009), o que facilita o acesso dessa população aos serviços de saúde, ao acolhimento em saúde mental, podendo ser tratado, cuidado, no seu espaço territorial, na sua comunidade, afirmando, também, os preceitos da Reforma Psiquiátrica (BARROSO; SILVA, 2011). Esse trabalho amplo, de intervenção junto às comunidades e aos pacientes, permitem a melhoria na qualidade de vida e melhor resultado no tratamento.

Nesse sentido, inclusive, os profissionais entrevistados apontam para a necessidade, em alguns casos, de encaminhar os pacientes para serviços específicos de saúde mental como os CAPS e Ambulatório de Saúde Mental, assim como dar continuidade ao tratamento desses pacientes ao terem alta desses serviços específicos. Essa possibilidade de articulação com outros dispositivos mostra a potencialização da abordagem psicossocial das questões do adoecimento mental no espaço da atenção básica.

Com a intenção de identificar o trabalho educativo propriamente dito, foi questionado aos profissionais de que maneira eles acreditam que sua intervenção tem uma dimensão educativa, apesar de em alguns momentos, como mostrado anteriormente, eles já abordarem sobre o assunto, identificando como educativo inclusive a psicoterapia individual, já que o paciente traz diversos assuntos para serem explorados.

“[...] Penso que o trabalho educativo deve ser feito com grupos temáticos. No entanto, para fazê-lo tem que ser fora da UBS, pois não temos espaço apropriado. Aliás, nem sala de atendimento eu tenho. Preciso esperar outro profissional desocupar a sala pra eu poder atender. Então, faço o trabalho educativo no final dos atendimentos, das sessões individuais ou no momento da devolução dos atendimentos e fechamento do caso (Gardênia).”

“[...] Sim, eu desenvolvo trabalho educativo, parei por conta da pandemia, mas estão voltando. Por exemplo, grupos temáticos, o grupo de gestante é um grupo educativo, aí cada profissional vai em uma semana e você vai desenvolvendo os temas. Eu trabalho muito a parte do interesse, eu posso até dar um nome pra convidar para o grupo, mas parto muito do interesse, eu pergunto como que você tá vendo isso? O que é mais complicado no momento pra vocês? E aí a pessoa trazendo fica mais fácil pra gente amarrar, do que você vomitar um tema: ‘ah o desenvolvimento 2 anos e tal’..., quer dizer isso não é tão interessante pra vida das pessoas. Então eu acho bem interessante partir do interesse. E não falo nem de educação, falo de mudança. Por exemplo, veio hoje uma moça e disse: ‘eu já vim aqui, mas naquela época, eu sou evangélica e eu achava que dava conta de tudo e aconteceram várias coisas, várias perdas’, então agora ela chegou no limite e foi interessante ela admitir. Então assim, naquele momento pra pessoa é o que basta, não falo nem que é educativo, é uma questão de mudança, daí ela vai ver que, isso lá na frente, ela vai elaborar e aí, ela volta (Violeta).”

“[...] Sim, como eu disse, temos várias atividades educativas, como datas comemorativas, Setembro Amarelo, que agora a gente vai fazer algumas atividades, Janeiro Branco que é mês da promoção de saúde mental. A gente sempre faz uma palestra, uma roda de conversa, às vezes até grupo na recepção de sala de espera. Tem um grupo que chama Saúde em Ação que quem coordena ele é a Assistente Social, ela faz a triagem que inclui o pessoal nesse grupo e esse grupo faz caminhada, faz ginástica, tem uma professora, só que não acontece na UBS acontece num espaço comunitário, acho que toda UBS tem, aí ela chama o pessoal do grupo, mas por exemplo, a gente poderia colocar um cartaz: ‘grupo sobre reflexão sobre os fatores emocionais da gestação’ por exemplo, aí a gente pode pedir para o pessoal da recepção fazer inscrição também, então assim, a gente tem toda essa liberdade, a gente tem utilizado chamar o pessoal do meu grupo, de saúde em ação, pela facilidade de convidar. E também existe a possibilidade da gente fazer um grupo aberto, mas aí tem que ter espaço porque a gente não sabe se vai ter uma demanda pequena ou grande, mas assim, a adesão não é muito grande. Mesmo se você colocar um cartaz, tal dia vai ter um grupo assim, assim, tal horário na UBS também é uma possibilidade de chamar o pessoal, mas acaba dando poucas pessoas (Lírio).”

“[...] Eu não faço diretamente um grupo educativo, mas como eu disse, todo atendimento tem um caráter educativo, pois estaremos refletindo sobre várias coisas que são importantes para o paciente. Com o adulto, eu acho que pra ser educativo, preventivo, saúde, tinha que ser tipo o vida viva, ele consegue promover saúde sim, e saúde mental está implícita na saúde física, faz parte, eu não posso olhar saúde separada: mental e física, está tudo interligado. Se tem um momento de festa na comunidade, um evento, tudo isso vai gerar saúde também, mas é complicado pensar sozinha, tinha que ser a equipe toda pensando, pra ser integral (Astromélia).”

Alguns profissionais apontam que não trabalham diretamente com grupo educativo, mas reconhecem que a psicoeducação faz parte de algumas de suas intervenções, ao passo que

outros profissionais realizam especificamente um trabalho de cunho educativo, inclusive alguns são multiprofissionais, estabelecendo contato com as outras áreas de saber para oferecer atendimento integral aos usuários.

Nesse sentido, os relatos se aproximam das reflexões de Pinheiro e Bittar (2016), que consideram toda ação de saúde como uma ação educativa, já que os processos de prevenção, promoção, cura e reabilitação são também entendidos como processos pedagógicos, pois as relações estabelecidas com o outro interferem direta ou indiretamente em seus modos de pensar, sentir e agir.

Rosado (2011) também reflete que promover saúde requer o reconhecimento e fortalecimento do poder dos sujeitos e grupos sociais na construção do seu destino, incluindo as condições de saúde e ainda compreende as ações educativas como uma forma de mobilizar a construção de situações de vida saudáveis, abarcando tanto a construção de conhecimentos acerca dos processos de adoecimento/tratamento e de prevenção de doenças, quanto a construção de uma consciência sanitária, compreendida como a apropriação de informações e conhecimentos acerca dos múltiplos determinantes do processo de saúde e adoecimento, dos impactos da organização social da produção nas condições de saúde, da forma de organização da política de saúde, bem como dos mecanismos de participação da população no planejamento, gestão e avaliação do SUS.

Ainda refletindo sobre as ações educativas, Galdino *et al* (2022) nos colocam que a psicoeducação é uma forma de aprendizagem que auxilia o paciente a desenvolver pensamentos, idéias e reflexões sobre o mundo, as pessoas e sobre como agir diante de algumas situações, facilitando processos de mudanças, de aceitação, levando a uma melhora na qualidade de vida. Assim, os pacientes podem ser orientados tanto em atendimentos individuais quanto grupais, possibilitando a troca de experiências através dos relatos, e também por meio de oficinas, cartilhas, palestras, com o objetivo de conscientizar sobre determinados temas. Além disso, ela tem enfoque interdisciplinar, principalmente no contexto da saúde, visto ser uma ferramenta necessária para a intervenção, cumprindo inclusive com o princípio da integralidade preconizado pelo SUS.

Outros autores, como citado anteriormente, relataram estudos sobre os efeitos dos atendimentos psicoeducativos, concluindo, entre outros, que a psicoeducação pode impulsionar a promoção de saúde mental e ajudar na conscientização dos transtornos psíquicos e na elaboração de estratégias de enfrentamento dos mesmos (BARRETO; PAZ; CAILLAVA, 2020; BRITO; PONCIANO, 2021; GUARIENTO; TORRES; ECKER, 2019).

Barreto, Paz e Caillava (2020) perceberam, ainda, que a técnica de psicoeducação é uma importante ferramenta terapêutica para as intervenções em grupo, possibilitando o compartilhamento de experiências, o esclarecimento de percepções errôneas acerca das patologias, contribuindo para a diminuição das crenças disfuncionais e preconceitos.

Além disso, Silveira e Vieira (2009) apontam que o intercâmbio de experiências, de vivências peculiares e também, o compartilhar de situações e de sentimentos pelos usuários da unidade favorecem a apropriação do espaço da Atenção Básica, enquanto campo potencial de troca, pactuação e integração na vida social. Além disso, essas possibilidades de ações de saúde mental na comunidade apontam para um elemento altamente produtor de significação, que é a palavra.

Dessa maneira, é possível perceber que a atuação dos profissionais entrevistados assinala para possibilidades de intervenção psicoeducativa para além do trabalho temático tradicional, podendo perceber que suas intervenções têm um cunho educativo o tempo todo, ao discutir os assuntos dos mais simples ao mais complexos trazidos pelos pacientes, seja no atendimento individual, seja em grupo, sejam em atividades temáticas específicas.

E que o fundamental é ser aberto ao diálogo para problematizar questões concretas advindas dos pacientes e não comente levar algum tema pronto, sem possibilidades de discussão, como se fosse uma norma a ser seguida.

Para finalizar a entrevistas, foi questionado aos profissionais sobre a importância da Psicologia na Atenção Básica, porém Magnólia preferiu não responder por estar atuando há pouco tempo.

“[...] A demanda é enorme na UBS. Principalmente depois da pandemia. Professores não estão sabendo lidar com as suas demandas, assim como, os pais. Temos muitas pessoas com problemas no trabalho, burnout, etc. Pais que não estão sabendo lidar com os seus filhos... E todos dependendo da Atenção Básica, pois não têm convênio ou condições para pagar psicólogo. Apesar de, considero que temos resultados satisfatórios, pois oferecemos esse espaço de escuta (Gardênia).”

“[...] Eu acho muito importante, essencial, você ter um profissional que pode dialogar com as outras áreas, pediatria, ginecologia, assistente sociais, porque você cria uma rede de apoio naquela região. É bem centralizado a UBS, muito interessante você ter essa rede, porque as pessoas carecem de todo tipo de ajuda, sofrem abuso, coisas que você não chega se não estiver pronto. E a equipe conhece a pessoa, fala alguma coisa que fica sabendo no bairro, aí você pode ajudar, porque são pessoas muito carentes que não podem procurar um serviço privado [...] e às vezes são varias questões da vida da pessoa e ela quer um diagnóstico, uma medicação, tem pacientes que reclamavam muito que são muito sozinhos e hoje vem na terapia e reclama aqui, e melhora lá fora. O pessoal que trabalha na recepção até comentou que ‘fulano ficou mais educado’, porque ele teve esse espaço pra reclamar, ele falou aqui, alguém ouviu, aí ele aprendeu a fazer amizades, isso é educativo, ela precisa primeiro disso,

pra depois ver coisas profundas, porque leva tempo, falando o superficial. A pessoa não da conta de fazer análise, é terapia mesmo, eles são simples não sabem fazer isso, não sabem qual o papel do psicólogo (Violeta)."

"[...] A importância é atuar na promoção de saúde mental e na prevenção de agravamentos de transtornos psiquiátricos. Na Atenção Básica, os profissionais ficam mais próximos da população, facilitando o diálogo, atendimentos e encaminhamentos quando necessário (Lírio)."

"[...] Penso na psicologia enquanto uma disciplina que auxilia o indivíduo ampliar seu olhar sobre o mundo interno e externo, desconstruindo crenças limitantes e abrindo novas formas de se relacionar consigo mesmo e com os outros (Astromélia)."

Foi possível perceber, a partir da fala de cada profissional, que a Psicologia tem um papel importante quando se fala em prevenção de agravos e promoção de saúde, não só nos casos em que já tem um diagnóstico, mas também com ações que visam à melhoria da qualidade de vida, como proposto pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011).

Nesse sentido, em consonância com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de ofertar o tratamento em saúde mental na Atenção Básica, é possível detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e ofertar escuta qualificada, possibilitando assim, um alívio do sofrimento, e a proximidade do profissional com a comunidade atendida permite a abordagem de questões mais complexas do ponto de vista dos seus determinantes sociais (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Ainda segundo os autores, a efetiva abordagem dos problemas de saúde mental pela Atenção Básica, incluído uma escuta qualificada e intervenções pertinentes a este nível de atenção, aponta a incorporação na prática cotidiana do conceito ampliado do processo saúde-doença.

E o atendimento na UBS permite estabelecer uma relação dialógica e participativa com a comunidade, estabelecer espaços de intersubjetividade, e pode incorporar outros saberes, por meio de uma compreensão multidisciplinar, tomando a saúde em um contexto mais amplo e integral (SOUZA, WERBA, PICHELLI, 2010).

Poder contar com um profissional da Psicologia na Atenção Básica é fundamental para exercer o compromisso social da profissão, ou seja, uma prática comprometida com a realidade social do país e, para ter saúde, é preciso enfrentar a desigualdade social. O trabalho da Psicologia deve objetivar a transformação social, para a mudança das condições de vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a dimensão educativa do trabalho na Atenção Básica à Saúde e a atuação da Psicologia, para assim, compreender como a política pública de saúde orienta o trabalho da Psicologia; como se dá a dimensão educativa nas ações do (a) psicólogo (a) e, a partir disso, refletir sobre a atuação da profissão no SUS, suas potencialidades e limites.

Nesse sentido, foi possível perceber, a partir da revisão bibliográfica e das entrevistas com os profissionais, que o processo de implementação das políticas públicas relacionadas ao campo da Atenção Básica à Saúde está sempre em construção, entre outras coisas, por estar atrelado às mudanças nas concepções de saúde e de doença e dos modelos de cuidado à saúde da população e, portanto, à necessidade de releitura das necessidades e demandas que esta endereça aos profissionais de saúde, gestores e governo.

Dessa maneira, para atender a diversas demandas, os (as) psicólogos (as) entrevistados se referiram à utilização de diferentes estratégias de atuação no dia a dia, sendo que todos eles indicaram a realização de atendimentos individuais e grupais de crianças, adolescentes, adultos, além de grupos específicos, como gestantes, hipertensos, e participação em rodas de conversas propostas por outros profissionais da unidade e palestras em campanhas específicas.

No ano de 2020, por conta do início da pandemia de COVID-19 e as orientações de isolamento social para conter a propagação do vírus, as atividades grupais realizadas nas UBS foram interrompidas e, aos poucos, estão sendo retomadas.

Nesse sentido, vale ressaltar que a saúde mental não está dissociada da saúde geral e, por isso, as demandas psicológicas estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde. Sendo a UBS a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, eles se deparam a todo o tempo com essas demandas.

Torna-se necessário então que o profissional da Psicologia esteja atento em sua prática diária para que suas intervenções sejam capazes de considerar a singularidade de cada paciente, assim como as subjetividades e a visão de mundo de cada um. Dessa forma, o profissional conseguirá atender as demandas existentes, fazendo uso de diversas intervenções psicoterapêuticas.

De maneira geral, não há um protocolo estabelecido de atuação do profissional da Psicologia no SUS, porém há alguns materiais de orientação tanto do Ministério da Saúde

como do Conselho Federal de Psicologia, que discorrem sobre uma amplitude de atuações que podem ser realizadas no âmbito da atenção básica.

Nesse sentido, os profissionais demonstraram estarem atentos a essas orientações, assim como à singularidade dos pacientes e às mudanças na conceituação sobre saúde, desenvolvendo cada um à sua maneira, diversas atuações e intervenções, repensando suas práticas de cuidado que levavam a Psicologia a atuar apenas na clínica tradicional até pouco tempo atrás.

Assim, o profissional tem autonomia para estruturar seus atendimentos da maneira que considerar mais adequado para atender as demandas existentes, articulando com os princípios que foram colocados para o sistema de saúde para atender a complexidade da vida humana e amplitude dos fenômenos que envolvem as condições concretas de vida em um adoecimento, no qual se aplicam a noção de clínica ampliada, sem, contudo, abandonar a clínica especializada, que não deve ser negligenciada.

O trabalho em grupo vem sendo apontado, então, como uma estratégia útil e eficaz que possibilita ampliar as ações e atender um maior número de pacientes, ofertando acolhimento e suporte social.

Os atendimentos em grupo possibilitam melhor escuta, diálogo e reflexão entre usuários e profissional e surge como um importante espaço de fala, de reconhecimento e de suporte para as novas identificações, facilitando a busca por uma nova inscrição social, criando suportes identificatórios transitórios, fundamentais à elaboração das situações e à construção de um lugar no mundo.

Os profissionais entrevistados demonstraram utilizar com muita frequência o trabalho em grupo, tanto grupos psicoterapêuticos, em sua maioria, sendo estes, grupos abertos e sem temas pré-definidos, no qual os pacientes são inseridos após trabalharem algumas demandas na psicoterapia individual, como também relataram a realização de palestras ou rodas de conversas, principalmente ao desenvolverem temáticas nas datas comemorativas utilizadas pelo sistema de saúde.

Nesse contexto, todos eles trouxeram uma reflexão a respeito das práticas educativas trabalhadas nas intervenções, reforçando que todos os atendimentos têm um cunho educativo, sejam individuais ou em grupo, elucidando o foco na horizontalidade das ações, trazendo a importância de reconhecer os conhecimentos e experiência de vida dos usuários, sem a imposição dos saberes profissionais, afirmando, assim, que a dimensão educativa é inerente ao seu trabalho, nas mais diversas maneiras de intervenção.

A experiência no campo da saúde demonstrou que a imposição de saberes muitas vezes leva a uma não adesão do paciente ao tratamento, possivelmente pelo fato de que as informações, algumas vezes, não fazem sentido a estes, além de não haver a possibilidade de reflexão.

As idéias de Paulo Freire mostram a importância de se partir das experiências concretas para alcançar a compreensão da realidade, considerando os conhecimentos e saberes de cada um, para que assim, o processo educativo seja transformador.

Além disso, o diálogo é essencial, pois através da troca de experiências, de saberes, é possível superar compreensões de mundo, criar vínculos de suporte e aprender novos modos de pensar e de se comportar que tragam alívio nos sintomas e melhoria da qualidade de vida.

Importante reflexão também se faz no sentido de compreender que o sofrimento psíquico não é reservado apenas aqueles que receberam algum diagnóstico em saúde mental, mas está presente na vida de todos e terá manifestações particulares.

Junto a isso, a nova concepção de saúde nos possibilita compreendê-la como um fenômeno de múltiplas determinações. Por esse motivo é que as demandas são as mais variadas possíveis, desde situações simples que demandam apenas uma orientação profissional, até casos graves. Desta forma, é necessário que o profissional parta do pressuposto que os usuários têm uma determinação sócio-histórica que influencia o seu processo de adoecer e de ter saúde.

E, nesse sentido, a proximidade da UBS com o território da população facilita que o profissional possa conhecer a história de vida dos usuários bem como outros elementos do seu contexto de vida, os recursos da comunidade e da família, que são condições necessárias para o enfrentamento de determinadas questões, assim como a facilidade de acesso ao usuário também é importante para o seu tratamento.

Assim, os profissionais vão adequando suas intervenções a partir das vivências no território, na realidade cotidiana, atento à singularidade dos pacientes e vão construindo novas ferramentas e estratégias de intervenção que possa abarcar a real necessidade do paciente, ações estas que vão sendo desenvolvidas de acordo com as demandas locais e com o modo de atuar de cada profissional.

É possível, então, perceber que as intervenções em saúde mental na Atenção Básica se mostram de suma importância não somente em relação à prevenção de agravos e promoção de saúde, mas também para aqueles com um diagnóstico em saúde mental e que requerem cuidados, com ações que visam à melhoria da qualidade de vida.

As ações em saúde mental promovem novas possibilidades de modificar as condições e modos de vida a partir da compreensão do sujeito em suas múltiplas dimensões, o que reforça a importância da presença do profissional da Psicologia na Atenção Básica como espaço estratégico e oportuno para o acesso e o cuidado dessa demanda.

Contudo, a crescente demanda em saúde mental é desafiadora, na medida em que levam os profissionais a realizarem uma mudança de foco da ação e intervenção e mostra que é preciso avançar na concepção de formação uma vez que saímos do modelo tradicional para um modelo de atuação mais amplo, com novas configurações para as demandas de atuação exigidas no momento atual.

Dessa forma, sugere-se que novos estudos na área sejam realizados, visto que o debate sobre a temática apresentada não se finda aqui, mas este se inclui como contribuição social por meio da disseminação de conhecimento.

Referências

- ABREU, M. M. *Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. 1. Ed. São Paulo, 2004.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ALMEIDA FILHO, A. J. *et al.* Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, n.4, pp 117-125, jan./fev./mar de 2015.
- ANTUNES, R. (org.). *A dialética do trabalho – escritos de Marx e Engels*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- ASSUNÇÃO, H. B.; PEDROSA, W. C. O trabalho socioeducativo no processo de emancipação social. In: *A dimensão educativa no trabalho social*, Paco Editorial, Jundiaí, 2015.
- ARAÚJO, M. P. B. *et al.* Pandemia de COVID-19 e a implementação de teleatendimentos em saúde mental: um relato de experiência na Atenção Básica. *Revista Saúde em Redes*, Campinas, v. 6., Supl. 2., 2020.
- BARRETO, N.; PAZ, C.; CAILLAVA, F. Psicoeducação grupal em centro de atenção psicossocial: um relato de experiência. In: *Anais da 16ª mostra de iniciação científica*, CONGREGA URCAMP, 2020.
- BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, vol. 12, n. 1, pp. 66-78, Jan.-Jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.
- BRASIL. Lei. 9.637, de 15 de maio de 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências*. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-MARE. *Sistema de Atendimento de Saúde do SUS*, Brasília, 1995.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, 2001.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*, Brasília, 2016.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria GM n. 154 de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental* – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 466*, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS: a saúde do Brasil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências*. Brasília, 2016.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In.: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

BRITO, E. J. E.; PONCIANO, E. L. T. Estar em grupo: psicoeducação para experienciar sensações corporais e emoções. *Contextos Clínicos*, v. 14, n. 3, set./dez. 2021.

CAMARGO, J. C. *et al.* Desenvolvimento da autonomia de sujeitos à luz de Paulo Freire: o método criativo-sensível na pesquisa em saúde. In: *Pedagogia da memória* / Ivo Dickmann... [et al.]. – Chapecó: Sinproeste, 2017. 264 p.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. *Comunicação, saúde, educação*. v.22, n. 64, p. 5-8. 2018.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.

COMO USAR O SUS. Administração municipal. www.franca.sp.gov.br, c2022. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/sus-como-usar-saude-44>> Acesso em: 25. jul. 2022.

CONCEIÇÃO, D. G. O serviço social e a prática pedagógica: a arte como instrumento de intervenção social. *Ser. Soc. Rev.*, Londrina, v. 12, n.2, p. 51-67, jan./jun. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL (CRPRS). Inovações e desafios da Psicologia em tempos de pandemia. *Entrelinhas*. Rio Grande do Sul, ano XIX, n.86, p.6-11, set./dez. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRPSP). *Psicologia na Pandemia*. São Paulo, n. 197, set./nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP (Org). Como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. *Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)*. 1. ed. Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde. *Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)*. 1. ed. Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial* / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na atenção básica à saúde*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2019.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. In: *Temporalis*. ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

COUTINHO, L. G; ROCHA, A. P. R. Grupos de reflexão com adolescentes: elementos para uma escuta psicanalítica na escola. *Psicologia Clínica*, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, dez, p 71-85. 2007.

DANZMANN, P. S.; SILVA, A.C. P.; GUAZINA, F. M. N. Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia. *J. nurs. health*.10(n.esp.):e2010401. 2020.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios. *Revista Epos*, Rio de Janeiro, vol.4, n.2, jul-dez de 2013.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, mai, 2019.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p. (Coleção Leitura).

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra. 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19* / organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *História da saúde pública no Brasil*. Campus virtual. 2022. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/fiocruz-hspb/index.html>. Acesso em: mai-ago.2022.

GALDINO, M. M. *et al.* Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: uma revisão narrativa. *Ciências Humanas e Sociais*, Aracaju, v. 7, n. 2, p. 21-29, abr. 2022.

GORAYEB, R.; BORGES, C. D.; OLIVEIRA, C. M. Psicologia na Atenção Primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (3), p. 674-685. 2012.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Volume 2. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUARIENTO, C. F.; TORRES, S.; ECKER, D. D. Prevenção e Promoção de Saúde no CAPS AD através de oficinas de psicoeducação. *Revista Eletrônica Científica UERGS*, v. 5, n. especial, p. 191-197. 2019.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 297-305, 2009.

JACINTO, A. G. Trabalho socioeducativo no Serviço Social à luz de Gramsci: o intelectual orgânico. *Revista Katálisis*. Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 77-85, jan./abr. 2017.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set-dez. 2005.

MAIA, R. S.; ARAÚJO, T. C. S.; MAIA, E. M. C. Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 53-63, ago. 2018.

MARTINELLI, M. L. O serviço social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. *Revista Serviço Social & Saúde*. Unicamp, Campinas, v. X, n. 12, dez. 2011.

MENEZES, D. H. L. Uma breve análise da política de saúde brasileira: no contexto contemporâneo. *In: VII Jornada Internacional Políticas Públicas*. Cidade Universitária da UFMA, São Luis, MA. 2015.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532. 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAIS, D. A. B. C.; WALHERS, M. L. S. O trabalho psicossocial na Atenção Básica à Saúde: uma análise a partir da dimensão educativa. *In: XIX Encontro de Pesquisadores: Pesquisa Científica e Desenvolvimento*. Uni- FACEF, Franca, SP, 2018.

OLIVEIRA, I. F. *et al.* A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade*, 23 (n.spe), 140-149. 2011.

OLIVEIRA, I. F. de; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Aletheia*, Canoas, n. 25, p. 5-19, jan-jun. 2007.

OLIVEIRA, R. S. *Práticas em Saúde Mental e Coletiva em Tempos de Retrocessos: lampejos e resistências*. 2018, p.35 (Residência Multiprofissional em saúde mental e coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em debate.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 15-35, jan-mar. 2014.

PELEGRINI, S. M. A dimensão socioeducativa do trabalho do assistente social na área da saúde. *III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais*. Belo Horizonte, 2018.

PEREIRA, J. A. O pensamento de Paulo Freire e a educação: algumas reflexões. *In: A dimensão educativa no trabalho social*, Paco Editorial, Jundiaí, 2015.

PEREIRA, A. A.; OLIVEIRA, N. H. D. Reflexões acerca do assistente social em sua dimensão educativa com famílias. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP, v. 12, n. 1 (15), jan-jun. 2013.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, p. 77-82, jan./mar. 2016.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a educação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.1, n.1, ago 1997.

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

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, Minas Gerais, v. 26, n.1, p. 132-143. 2006.

ROSA, N. B.; SILVA-ROOSLI, A. C. B. A Psicologia na Atenção Básica: possibilidades de intervenção na promoção e prevenção à saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, Londrina, v. 11, n. 2, maio/ago, p. 99-114. 2019.

ROSADO, I. V. M. A dimensão educativa da estratégia saúde da família: reproduzindo o modelo curativo ou construindo o protagonismo dos sujeitos na promoção da saúde. V *Jornada internacional de políticas públicas*, Maranhão, 2011.

SAMPAIO, F. G. G. A influência de Paulo Freire na escola formal atual...será possível? In: *A dimensão educativa no trabalho social*, Paco Editorial, Jundiaí, 2015.

SARAH ESCOREL, L. *et al.* O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2). 2007.

SCHMIDT, B *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, Campinas, 2020.

SILVA, A. D.; POLTRONIERI, C. F. O trabalho socioeducativo do assistente social enquanto um intelectual orgânico. In: *A dimensão educativa no trabalho social*, Paco Editorial, Jundiaí, 2015.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 139-148. 2009.

SOUSA, M. F. de. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, mar-abr. 2008.

SOUSA, R. M.; MARQUES, R. C. C. Educação popular e saúde: a dimensão educativa da prática das Assistentes Sociais na residência em saúde da família em Sobral – CE. *Sanare*, Sobral, v.10, n.1, p.20-27, jan-jun. 2011.

SOUZA, F. M. de; WERBA, F. & A. A.; PICHELLI, S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicologia Ciência e Profissão*, Paraíba, v. 30, n. 4, p.840-853. 2010.

SOUZA, L. V. ; SANTOS, M. A. Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. *Journal of Human Growth and Development*, p. 22 (3): 388-395. 2012.

TANAKA, O. Y. ; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, 14(2): 477-486. 2009.

TORRES, M. M. As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do assistente social: intervenção e o trabalho socioeducativo. *Serviço Social em Revista*, v. 12, n. 1, p. 202-227, jul/dez. 2009.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, Portugal, v.2, n.1, p. 93-108, jan-jun. 2000.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B; LACERDA, A. Construindo a resposta à proposta de educação e saúde. In: *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. *Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde*. Belo Horizonte, Editora UFMG; NESCON/UFMG, p. 72. 2009.

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

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

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZURBA, M. do C (Org.). *Psicologia e saúde coletiva*. 1. Ed. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista

- 1) Em geral, quais as atividades desenvolvidas pelo psicólogo na Atenção Básica em Saúde?
- 2) Como são estruturados os atendimentos psicológicos na Atenção Básica? Individual ou em grupo?
- 3) Em relação ao trabalho grupal: demandas, temas, periodicidade, fale um pouco sobre ele
- 4) Quais são as demandas atendidas na Atenção Básica?
- 5) Você desenvolve trabalho educativo? Se sim, de que maneira você acredita que sua intervenção tem uma dimensão educativa?
- 6) O profissional tem autonomia para desenvolver o trabalho que percebe necessário a partir da demanda? Tem um projeto de trabalho da psicologia na AB ou mesmo na SMS?
- 7) Para você, qual a importância da psicologia na AB?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__. IDADE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: _____ Nº _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: estudo sobre a contribuição da psicologia na saúde na cidade de Franca/SP.** O projeto de pesquisa será conduzido por Dayane Aparecida Borges Caravieri Moraes, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientado pelo Prof (a). Dr(a) Adriana Giaqueto Jacinto, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: (Monografia, Dissertação, Tese, Projeto (s), Relatório Trienal de Atividades/Docente, etc.) observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e descrição. A pesquisa pretende investigar a atuação do psicólogo no âmbito da Atenção Básica, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde situadas na cidade de Franca, para assim conhecer suas ações e como elas se efetivam a partir da perspectiva da dimensão educativa e compreender como as políticas públicas de saúde orientam o seu trabalho, além de refletir sobre suas potencialidades e limitações. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de de .

Assinatura do participante

(assinatura)

Pesquisador Responsável

Nome: Dayane Ap. Borges Caravieri Moraes

Endereço: Rua Carlos de Vilhena, 4640. Franca-SP

Tel: (16) 991664533

E-mail: dayane.caravieri@hotmail.com

(assinatura)

Orientador

Prof. (a) Dr. (a) Adriana Giaqueto Jacinto

Endereço: Rua Josepha Cano Vergara Pereira, 531. Franca-SP

Tel: (16) 991278745

E-mail: adriana.giaqueto@unesp.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA
A SAÚDE: estudo sobre a contribuição da psicologia na saúde na cidade de Franca/SP

Pesquisador: DAYANE APARECIDA BORGES CARAVIERI MORAIS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58103921.4.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.530.227

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado de forma clara e concisa. Todos os elementos necessários para a compreensão da pesquisa, notadamente sobre como se dará a pesquisa de campo, estão presentes.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa foi explicitado de forma clara e direta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os potenciais riscos foram bem considerados, em consonância com o disposto na Resolução CNS 510 de abril de 2016. Também foram apresentadas formas evitá-los e/ou para diminuir seus impactos. Os benefícios também foram suficientemente conjecturados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como toda pesquisa bem fundamentada, a presente é relevante e apresenta de forma clara como se dará o contato com os participantes da pesquisa, ao todo 05 indivíduos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram corretamente preenchidos e inseridos, a saber: Informações Básicas do Projeto, Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorização da entidade onde se pretende realizar a pesquisa de campo, arquivo com

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-190
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8724 **E-mail:** comiteetica@franca.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA**



Continuação do Parecer: 5.530.237

o projeto original completo, questionário semiestruturado de perguntas a serem feitas aos participantes da pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela **APROVAÇÃO** do presente projeto de pesquisa. Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O coordenador aprova "ad referendum" do colegiado o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1793886.pdf	10/04/2022 16:57:51		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaopesquisa.pdf	10/04/2022 16:57:26	DAYANE APARECIDA BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleassinado.pdf	16/02/2022 15:48:54	DAYANE APARECIDA BORGES CARAVIERI MORAIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado2021comapendice.pdf	12/09/2021 16:44:47	DAYANE APARECIDA BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/09/2021 10:59:08	DAYANE APARECIDA BORGES CARAVIERI MORAIS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostook.pdf	09/09/2021 10:49:24	DAYANE APARECIDA BORGES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia CEP: 14.406-160
UF: SP Município: FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 Fax: (16)3706-8724 E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



Continuação do Parecer: 5.530.227

Não

FRANCA, 15 de Julho de 2022

Assinado por:
Marcos Alves de Souza
(Coordenador(a))