

DOI: <https://doi.org/10.4322/aletheia.002>

**(Im)possibilidades da atuação do psicólogo na atenção primária: demandas e atribuições na percepção de médicos e enfermeiros de saúde da família**

*Renan Vinicius Gnatkowski  
Rafaela Carine Jaquetti*

**Resumo:** O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção de médicos e enfermeiros de Saúde da Família (SF), sobre o que consideram demandas e atribuições do psicólogo na Atenção Primária à Saúde (APS) e como solicitam seu trabalho. Participaram 16 profissionais de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas de um município da região metropolitana de Curitiba não apoiadas por Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) mas que contavam com o apoio de um profissional da psicologia. Optou-se por este cenário para investigar a inserção do psicólogo em outros rearranjos na saúde pública. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, sendo criadas três categorias por meio da análise de conteúdo. Os resultados apontaram dificuldades na análise da demanda psicológica, possibilidades e entraves na atribuição do psicólogo, encaminhamentos sem comunicação em equipe e desconhecimentos sobre a prática psicológica.

**Palavras-chave:** Prática Psicológica; Estratégia Saúde da Família; Equipe Multiprofissional

**(Im)possibilities of the psychologist's role in primary care: demands and attributions in the perception of family health doctors and nurses**

**Abstract:** This study aimed to analyze the perception of doctors and nurses in the Family Health (FH) about what they consider the psychologist's demands and attributions in Primary Health Care (PHC) and how they request their work. Sixteen professional from three Basic Health Units (UBS) were selected from a municipality in the metropolitan region of Curitiba not supported by the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB) who had the support of a psychology professional. This scenario was chosen to investigate the psychologist's insertion in other rearrangements in public health. This is a qualitative research, using a semi-structured interview as a data collection instrument, with three categories being created through content analysis. The results pointed out difficulties in the analysis of the psychological demand, possibilities and obstacles in the attribution of the psychologist, referrals without team communication and lack of knowledge about psychological practice.

**Keywords:** Psychological Practice; Family Health Strategy; Multiprofessional team

### **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente é organizado, a partir da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária à Saúde (ASS) e Atenção Terciária à Saúde

(ATS), que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivam a integração sistêmica entre os pontos de atenção, por meio de relações horizontais para tentativa de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, melhorando acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica (Ministério da Saúde [MS], 2010).

A APS é considerada a “principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (MS, 2017). A RAS compreende a APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, assim como responsabilização na atenção contínua e integral, com cuidado de modo multiprofissional, compartilhando objetivos e compromissos sanitários e econômicos (MS 2010). Conta com equipes que objetivam ampliar a abrangência de suas ações, bem como a qualidade e resolutividade da atenção básica. Assim, em 2008 foi criado o atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Os NASF-AB são compostos por equipes multiprofissionais de diferentes profissões ou especialidades, que objetivam dar apoio técnico-pedagógico, sanitário e clínico-assistencial às equipes de referência. Estes, não se caracterizam como porta de entrada e nem serviços de espaço físico independente, mas sim integrados à rede de serviços de saúde, buscando a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de referência (MS, 2008).

Conforme Nascimento e Alves (2019) em razão dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente o de integralidade, novas portas se abriram, possibilitando inserir novos profissionais na saúde pública, que, junto com a expansão da ESF e NASF-AB, somados aos princípios da Reforma Psiquiátrica, de extinção dos manicômios e estabelecimento de uma rede de serviços substitutivos, a psicologia passou a integrar as equipes compartilhando de seus objetivos, avaliando os casos de transtorno mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como a garantia da qualidade do cuidado e combate a práticas excludentes e medicalizantes de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana (MS, 2008).

Conforme Jimenez (2011) a proposta da ESF e o modelo que orienta a Reforma Psiquiátrica têm suas convergências na medida em que o objeto deixa de ser a doença, ampliando os determinantes no processo de adoecimento e os meios de trabalho migram das práticas predominantemente medicamentosas para a centralidade no sujeito como agente fundamental do tratamento, juntamente com a família inserida na comunidade.

Embora aqui se fale em psicólogo inserido nos NASF-AB, há ainda, conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) muitos psicólogos inseridos na APS no Brasil em postos de trabalho sem o formato da ESF, caracterizando outros arranjos específicos. As regras e fluxos de trabalho são diferentes e outras questões podem surgir nesse processo, o que não impede de considerar a lógica de matriciamento como um parâmetro importante para considerar as estratégias de atuação dos psicólogos.

Conforme Mello e Teo (2019) a psicologia vem se reinventando quanto a sua atuação para atender as demandas desse campo. Por meio de uma revisão integrativa, constataram que a literatura tem evidenciado avanços e entraves. Os estudos apontam que os psicólogos vêm atualizando suas práticas, se inserindo nas comunidades, no entanto, são relatadas situações-limites em que prevalecem práticas individualizantes, práticas inovadoras ingênuas, assim como dificuldades na atuação em equipes multidisciplinares e interdisciplinares.

Rocha, Almeida e Ferreira (2016) em seu estudo, apontam ações desenvolvidas pelo psicólogo na ESF que vão desde reconhecimento territorial, ações de grupo com a população adscrita, ações terapêuticas individuais, suporte técnico, assistencial e pedagógico à equipe de saúde, planejamento em equipe de ações a serem realizadas e função de preceptoria e consultoria. E, conforme os autores, apesar de o psicólogo não estar instituído na ESF em algumas realidades, esse profissional consegue realizar ações que estejam condizentes com os princípios da APS, como o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência, o arranjo da rede de saúde, centralidade na família e orientação comunitária.

As possibilidades de atuação são inúmeras, no entanto, pela experiência dos profissionais no campo, as demandas de assistência individual e a importância que a gestão e secretarias de saúde dão a essas demandas dificultam a realização de outro tipo de trabalho, direcionando a equipe para atividades assistenciais individuais, incluindo o psicólogo e demais profissionais da ESF (CFP, 2019). Frente a todas as possibilidades e considerando o que se espera do profissional de psicologia, entende-se que o ambulatório na atenção primária de modo isolado representa uma prática clássica não condizente com os princípios do SUS e diretrizes da AB.

Dimenstein (2006) citado por Jimenez (2011) aponta que para a busca de um trabalho para a integralidade de forma interdisciplinar não podemos descontextualizar e principalmente isolar a psicologia diante dos problemas de atuação. Os entraves como fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre as diferentes formações e profissões, assim como da rede de assistência, a predominância do modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta e a precária formação das diversas categorias

profissionais, muito distantes do debate e da formulação da política de saúde, são alguns dos problemas das diversas áreas da saúde pública brasileira.

Diante disso, este trabalho, impulsionado por questões e experiências em campo oportunizadas por um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, interroga as possibilidades de trabalho da psicologia nesse campo em especial com equipes multiprofissionais. Assim, esse artigo apresenta os resultados de uma pesquisa cujo objetivo geral foi de analisar a percepção de médicos e enfermeiros de Saúde da Família sobre as demandas e atribuições do psicólogo e de que forma solicitam seu trabalho nas UBS.

A inclusão de enfermeiros e médicos para o levantamento de dados da pesquisa justificou-se pela responsabilidade e gestão que estes profissionais têm sobre suas equipes e usuários, além do acolhimento diário de demandas que envolvem questões de saúde mental. Tal acolhimento requer uma escuta qualificada conforme sua especialidade, mas que muitas vezes pode requerer a contribuição do psicólogo. Compreender como se dá essa solicitação mostra-se de grande relevância para análise do trabalho entre as equipes e a psicologia, além de conceitos operantes na prática. Ainda, a revisão da literatura mostra-se escassa quanto ao trabalho do psicólogo inserido em unidades sem NASF-AB, por se tratar de outro rearranjo (CFP, 2019) em que sua atuação pode depender tanto do perfil profissional, quanto das especificidades de cada UBS e região, podendo ser construída de acordo com o profissional, a equipe ou pela realidade local e demanda do serviço.

### **Método**

O método utilizado nesta pesquisa foi qualitativo. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada que segundo Minayo (2008) diferem apenas em grau das entrevistas abertas, possuindo neste caso um roteiro que pode ser seguido pelo pesquisador permitindo maior flexibilidade do andamento da pesquisa e formulação de novas questões ao entrevistado que surjam durante o diálogo.

Para recorte de pesquisa foi realizado um levantamento das UBS de município da região metropolitana de Curitiba, delimitando as UBS com Equipe de Atenção Básica (EqAB), com EqSF e mistas (ambas equipes). A partir disso, foram incluídas como campo para coleta de dados as UBS de porte IV, com Estratégia de Saúde da Família e mistas, não apoiadas por NASF, mas com suporte presencial de psicologia durante dois dias ou mais na unidade de saúde, totalizando três UBS com 10 equipes de saúde.

Destas equipes, foram incluídos os médicos e enfermeiros com tempo de atuação igual ou superior a quatro meses em UBS composta por psicólogo e que aceitaram participar da pesquisa com entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e excluídos profissionais em licença e afastamento do trabalho durante o período destinado à coleta dos dados, assim como profissionais médicos e enfermeiros residentes.

A análise das entrevistas se deu após escuta e transcrição literal no Microsoft Word e posterior processo de codificação em tabelas no Microsoft Excel. Como metodologia de análise, utilizou-se a análise de conteúdo inspirada em Bardin (2010). Inicialmente foi realizada uma pré-análise, organizando-se o material para torná-lo operacional, por meio de: (a) leitura flutuante, (b) escolha dos documentos a serem analisados (c) formulação de hipóteses e dos objetivos (d) referências dos índices e elaboração de indicadores. Em uma segunda fase da exploração do material, para definição de categorias (codificação), foram identificadas unidades de registro (unidade/fragmento base que mais se destaca) e unidade de contexto destes (o entorno do fragmento retirado). E por fim, na terceira etapa, foi realizado o tratamento dos resultados onde foi realizada a codificação, que consiste no processo de transformar os dados brutos em códigos para representação/expressão do conteúdo, classificando os elementos por diferenciação e reagrupamento segundo sua analogia. As etapas culminaram em três categorias temáticas que representam os maiores destaques dos resultados encontrados, sendo discutidos numa análise reflexiva e crítica do material articulando com o seu contexto e as revisões da literatura sobre o tema estudado.

Para garantia do anonimato e sigilo, os participantes foram identificados por códigos segundo a sua categoria profissional, tais como: (E1) - Enfermeiro 1, (M1) - Médico 1 e assim sucessivamente. As falas também foram corrigidas conforme a língua portuguesa formal, mas sem perder seu sentido original.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais – CEP-SEMS/SJP, vinculado a Escola de Saúde Pública – SJP com parecer de nº 4.114.566. Foram tomados todos os cuidados éticos, conforme a resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

## **Resultados e Discussão**

A pesquisa contou com o aceite de 16 participantes, sendo 9 enfermeiras (6 enfermeiras e 3 enfermeiros) e 7 médicos (4 médicos e 3 médicas).

Após a transcrição foram seguidas as etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin (2010), culminando nas três categorias, que serão detalhadas a seguir: 1) Da complementação do tratamento medicamentoso ao trabalho com gestantes e grupos: demandas e atribuições do psicólogo na APS; 2) Entre a facilidade de encaminhar à dificuldade das filas de psicologia: a potencialidade da comunicação e trabalho em equipe; 3) “Como o psicólogo conduz uma consulta psicológica?”: (des)conhecimentos sobre a prática psicológica por profissionais e usuários.

*Da complementação do tratamento medicamentoso ao trabalho com gestantes e grupos: demandas e atribuições do psicólogo na APS*

Aproximações e divergências foram observadas nas respostas dos participantes da pesquisa quanto às questões relativas aos tipos de demandas que os entrevistados identificavam como sendo para a psicologia em sua rotina de trabalho. No grupo de enfermeiros, observou-se unanimidade de demandas relacionadas às gestantes, desde questões quanto à aceitação e planejamento da gestação até queixas de ansiedade e depressão vivenciadas neste período da vida.

A hipótese que se levanta é de que a pergunta feita para preenchimento na carteirinha de gestante: “A gestação foi planejada?” promove espaço para o aparecimento de questões de saúde mental, que podem ser abordadas de acordo com cada núcleo profissional, realizando acolhimento, avaliação e exploração da singularidade de cada gestante.

Outras demandas apontadas pelos enfermeiros se referem a questões presentes nos diversos ciclos de vida: crianças com queixas emocionais, escolares e situações de suspeita de violência sexual; adultos com “transtorno mental/paciente psiquiátrico”, em uso de psicotrópico, ideação suicida, abuso de álcool e outras drogas, casos de violência contra mulher, puérperas, “dificuldades de lidar com situações de vida”, puericultura e idosos relacionadas ao abandono da família.

Quando investigado o que fazem para manejar as demandas presentes, tanto em relação às gestantes como as demais, é possível perceber nos discursos dos entrevistados a presença de um acolhimento, de uma tentativa de escuta e de resolutividade:

*A gente vê onde se enquadra, até onde a pessoa está aguentando lidar com aquilo, mas como ser humano, a gente conversa, tenta (E9). Filtra para ver se realmente é com o psicólogo que a gente consegue resolver ou se outro profissional que entre com medicação, alguma coisa. (E1). A gente identifica assim, se para psicologia interna, ou se é dependente, encaminha pro CAPSad. (E6). A gente tenta! Faz de tudo, corre pra tudo, assistente social, faz os encaminhamentos devidos (E3).*

No entanto, parece haver em sua maioria uma avaliação com o objetivo de encaminhar o paciente de forma imediata, considerando a especificidade da demanda e o risco como sendo uma conduta resolutiva, sem apostar em ações no próprio território e com a equipe de referência, assim como da potencialidade e possibilidade de realização do acolhimento e escuta qualificada em saúde mental feita por profissionais do/no território.

Barros (2008) contribui para pensar o acolhimento em saúde mental, a partir do conceito de “hospitalidade”. Conforme a autora, oferecer a hospitalidade é “a oferta de um lugar para o sujeito depositar o sofrimento que porta em si”, e para isso, é necessário “ter vaga”, numa posição ética e implicada de oferta “vazia de saber”, numa posição de escuta, sem julgamento, imposições e cobranças. Muitos profissionais da saúde se cobram por não saber como acolher demandas de saúde mental, de modo que a fala de um enfermeiro entrevistado “a gente tenta”, corrobora com a definição de Barros (2008, p.60) de que “não existe a forma para a hospitalidade, o que existe é o desejo de hospitalidade”. Estar disposto a acolher, a escuta e tentar, vai ao encontro de um grande dispositivo de saúde mental que é o vínculo. Segundo Campos (2013, p.68), esse recurso terapêutico “é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa”, e esta aproximação e compromisso propiciada pelo vínculo aliada a longitudinalidade no território é o que torna tão potente a estratégia de saúde da família no cuidado em saúde mental.

*Aqui é sala do enfermeiro, mas a gente brinca, aqui escuta segredos (...) e por exemplo, ah tem dor pra ter relação sexual? Ah, eu tenho, ah meu marido isso, me pega de qualquer jeito (...) Não é só uma coleta de preventivo, é toda uma escuta, e você não pode ficar quieta (...) eu acho que tudo vai precisar do psicólogo (E9).*

O trecho acima ilustra o quanto as questões de saúde mental e da vida cotidiana aparecem aos profissionais da saúde, não necessariamente a um psicólogo, pois dependem do vínculo estabelecido - fator de grande potencialidade do cuidado.

Como aponta Ferrer (2012), quando se abre um espaço para o diálogo com o usuário, se abre uma porta para que a ‘vida lá fora’ entre na dinâmica da unidade, as queixas, seus problemas e necessidades. No entanto, nem sempre é fácil ouvir, sendo mais fácil trabalhar com uma “queixa clínica”, uma parte do corpo que dói, uma doença que precisa de medicamento do que lidar com os conteúdos ligados a emoção e a subjetividade. É possível que isto tenha relação com a formação dos profissionais da saúde, ancorada no paradigma curativo, com pouco espaço na formação para abordar os conteúdos relacionados ao aspecto subjetivo.

A lógica curativa, prevalente no modelo biomédico, para a condução dos casos também foi identificada no relato dos médicos entrevistados. Para eles, as demandas identificadas como “da psicologia” se relacionam a sinais e sintomas de transtornos psiquiátricos como podemos observar nos relatos abaixo:

*Com certeza, ansiedade e depressão. Que a maioria o atendimento psiquiátrico daqui, acho que 90% é isso. Todo paciente acompanhado pela psiquiatria, eu peço avaliação da psicologia junto (M4). Porque muitas vezes é um transtorno de ansiedade, que só com uma psicoterapia já consegue resolver (M6).*

Em menor frequência foram citados: luto, demandas vindas da escola de crianças, queixas de adolescentes, questões emocionais, problemas familiares, violência, desemprego, ideação suicida e um “terceiro tipo de paciente que gera uma situação crônica, já passou por psiquiatra, recebeu alta e as vezes tem uma recaída” (M3).

As demandas de psicologia em sua maioria, parecem, portanto, ser definidas pelas queixas dos pacientes voltadas ao diagnóstico psiquiátrico (sinais e sintomas) e ao uso de psicotrópico, numa lógica biomédica de modelo tradicional, centrada na queixa-conduta (sintomas/diagnóstico-medicação/encaminhamento), colocando em suspenso a abordagem da singularidade e do contexto familiar, comunitário do paciente atendido. Demonstrando certo reducionismo da prática em saúde mental, uma vez que o sujeito e seu sofrimento particular estão excluídos da cena da avaliação e seguimento do caso.

Sobre essa visão, Onocko-Campos (2001, p. 102) propõe uma mudança de paradigma da clínica frente às questões da subjetividade. Afirma que existe a possibilidade de

se passar de uma “clínica degradada” - que se volta para a queixa-conduta, não avalia riscos, trata os sintomas e é considerada eficiente por produzir quantidade elevada de consulta e procedimento - para uma “clínica ampliada”, ou seja, uma clínica do sujeito compreendido como biológico, social, subjetivo e histórico.

Trazer conceitualmente estes modelos de clínica contribui na reflexão sobre as práticas tradicionais, fragmentadas e avalia avanços possíveis. Um dos exemplos são os critérios de risco, como relatado por um dos médicos entrevistados: “A gente atende aqui, se for um caso de gravidade, a gente tem os critérios, têm o score, pra gente caracterizar que se for grave a gente pode pedir o auxílio da psicologia junto” (M4). A tentativa de enquadrar o paciente em um “score” segue os pressupostos de uma clínica degradada em que a singularidade parece ser recortada em um score e a relação, o vínculo e o desejo do sujeito não são postos em questão. Mais do que se ter um instrumento para validar o risco e associar a um procedimento - encaminhar ao psiquiatra ou psicólogo - é necessário considerar a relação, analisando o que paciente apresenta, a gravidade dos sintomas naquele momento e para aquele sujeito, explorando sua rede de apoio e como ele encara o encaminhamento a ser realizado para a psicologia e psiquiatria.

Historicamente na lógica biomédica, como referem Costa Val, Modena, Campos e Gama (2017) o sintoma representa um sinal de presença ou possibilidade de uma doença detectável no organismo que pode ser tecnicamente controlada. Quando isso não acontece, muitos profissionais se sentem embaraçados, outros se sentem impotentes, indignados e irritados. No entanto, como bem apontam os autores, os sintomas nem sempre correspondem a uma disfunção orgânica. No caso particular da subjetividade, os sintomas dizem de um funcionamento, de defesa, de algo que o sujeito está tentando comunicar e que faz parte dele, sendo necessário avaliar cuidadosamente as consequências de sua remoção.

Essa ampliação sobre a percepção do sintoma e oferta de cuidados impõe limites à clínica degradada, especialmente àquela estritamente biológica. Ainda, é relevante ter cautela e evitar a mera patologização de estados afetivos, “psicologizando” todas as formas de sofrimento e levando, por consequência à práticas puramente medicalizantes como bem exemplifica um dos entrevistados na pesquisa: “Eu não sei como o psicólogo aborda (...) eu não consigo trabalhar os sintomas, eu consigo medicar os sintomas só, então é complementação do tratamento medicamentoso né?! Porque a gente acaba não sabendo como abordar mesmo” (M7).

“Complementação”, que parece estar calcada na cisão mente/corpo, de modo que a complementariedade do tratamento vem no sentido de que o psicólogo ou a equipe de “saúde

mental” devem abordar as queixas emocionais, psicológicas e a singularidade de cada caso em seu contexto social, que fogem do diagnóstico e seus sintomas previstos. Por outro lado, há um reconhecimento das ações multiprofissionais na condução dos casos.

A forma com que é demandado o trabalho da psicologia surgiu de forma implícita ou explícita nas entrevistas por meio do atendimento individual e psicoterapia. Em menor frequência outras atribuições como visita domiciliar, realização de triagem e avaliação psicológica, suporte psicológico aos pacientes e discussão de casos, assim como trabalho de grupos abordados posteriormente.

Para Archanjo e Schraiber (2012) e Oliveira et. al. (2004), a clínica tradicional (psicoterapia individual e psicodiagnóstico) se apresenta ainda como a principal referência para o trabalho do psicólogo na APS. E ao restringir o trabalho a atendimentos psicoterapêuticos, corre-se o risco de fracasso dos cumprimentos do SUS, de cronificação dos casos e de impor um único modelo de ação frente à singularidade dos usuários. Nesse mesmo sentido, para Alexandre e Romagnoli (2017) a prática da clínica individual é apenas uma das dimensões da prática do psicólogo na APS. A psicoterapia não foi extinta do espaço institucional da saúde, apenas se diluiu entre as demais ações e continua sendo o principal instrumento de trabalho do psicólogo, no entanto não pode ser considerado como único.

Assim, é necessário refletir a quem o modelo de clínica individual e semanal se aplica, considerando que as múltiplas modalidades de atendimento também servem para construir diferentes abordagens para as necessidades específicas (CFP, 2019) e contribui, como aponta Onocko-Campos (2001) para o planejamento em saúde, quando se dispõem de certo “leque de modelos clínicos”, e isto serve tanto para a psicologia, como as demais profissões.

Os profissionais entrevistados consideraram a psicoterapia e o atendimento individual como principal forma de trabalho dos psicólogos nas UBS entrevistadas. No entanto, verbalizaram limitações quanto a este trabalho quando único, devido à agenda restrita, somados a grande demanda e falta de profissionais:

*Necessidade de a gente colocar o quanto antes, quando você olha na agenda, tá lotado (E1) é pouco profissional e pouco tempo que ela vem (M7) é bastante demanda (M6) E como isso vai concentrar em um único profissional (...) pra realizar essa triagem, fazer o atendimento individual e manter a terapia dos (...) que precisam dessa terapia constante (E6) podia ter um centro de referência, só pra isso, com mais profissionais (...) Deixar aqui pra essa parte de grupo e fazer a primeira avaliação e ver (...)*

*quem vai precisar de um encaminhamento para maior tempo (E4).*

Dificuldades que esbarram na assistência ao paciente e limitações do que a psicologia pode realizar na APS, como relatado na necessidade de triagem e avaliação quanto a complexidade dos casos e a necessidade de um ambulatório de psicologia para o encaminhamento dos casos que possam demandar maior tempo de atendimento, algo inviável de ser mantido nas UBS devido às dificuldades apontadas pelos entrevistados. Outras limitações surgiram quanto às ações grupais propostas pelos psicólogos:

*Eu não concordo com essa triagem em grupo. Paciente não adere (...) em muitos casos que a gente encaminha e que não vai, não se resolve! (E6). Agora ela atende 95% 100% grupo (...) eu acho que só isso não funciona! Eu acho que tinha que ser grupo e mais clínica também (...) só grupo, acho que falha bastante (E5) isso acaba afastando o paciente (M3). Já outro entrevistado, considera ser necessário avaliar o que for o melhor para o paciente (M4).*

Conforme Melo, Miranda, Silva e Limeira (2018) essas dicotomias entre atividades individuais (consultas) e ações coletivas (grupais, educativas), ou ainda clínico-assistencial-técnico-pedagógica se fazem presentes no trabalho na ESF e possivelmente decorrem da dificuldade de tradução da noção de apoio matricial quando se trata de NASF-AB e do receio em operar como ambulatório de especialidades tradicionais. Por outro lado, há uma tentativa de certa homogeneização das diferentes categorias se perdendo a especificidade de cada uma.

A questão que se critica é o extremo de uma ação ou outra e a importância de se ter uma gama de possibilidades, assim como a sensibilidade dos profissionais perceberem aquilo que o paciente demanda para quem do que é verbalizado, que se encontra no campo do simbólico, ou seja, daquilo que não é dito, mas expresso através de símbolos e representações (Schutel, Rodrigues & Peres, 2015). Considerar esse campo na avaliação do território é fundamental para formulação e planejamento de suas práticas, expondo os limites que a equipe e serviço podem oferecer, dando clareza tanto para a gestão e profissionais quanto para os usuários. Diante disso, a centralidade no singular reequilibra as influências das estruturas institucionais e sua tendência de produzir ciclos de repetição, ou seja, realizar sempre as mesmas atividades e enquadrar os sujeitos nesta configuração.

Os resultados apresentaram uma interlocução na medida em que os profissionais demandaram atribuições específicas da psicologia, principalmente individual e em menor frequência em grupos. O trabalho em grupo foi associado a ações que vão numa lógica multidisciplinar, que é da demanda de participação da psicologia em grupos esperados para uma ESF tais como: grupo de gestantes (maternidade, amamentação), puericultura (desenvolvimento da criança), na escola (crianças e adolescentes), planejamento familiar, hiperdia, obesidade, dependência química, grupo dos idosos e tabagismo. Como corroborado nos resultados de Souza, Santos e Romão (2020) há espera de atuação com ações terapêuticas em grupos voltados para suavizar as doenças (como hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo).

*Já que tá na básica, tem que se misturar dentro das coisas de básica, entendeu? Trabalho os grupos que tem na básica, porque senão vai ficar um psicólogo atendendo coisas de alta e média complexidade, e o que é básico ele não tá vendo (...) pra não ser um consultório do psicólogo na unidade básica (M4).*

Esses dados são contrários aos resultados levantados por Anchanjo e Schraiber (2012) de que as atividades em equipe, visita domiciliar, atividades comunitárias, matriciamento, reunião em equipe e grupos educativos não sejam da alçada da psicologia. Sendo considerado um importante avanço a compreensão da grande maioria dos profissionais entrevistados de ações da psicologia para além das estritamente de saúde mental, como corroborado por Nascimento e Alves (2019) de que a prática do psicólogo na APS caminha na direção de quebrar antigos paradigmas voltados a clínica tradicional, assumindo atuação coletiva, criativa, dinâmica, inovadora e ética, ou seja, com foco voltado a prevenção e promoção em saúde mental, trabalhando de forma interdisciplinar e intersetorial.

No entanto, mesmo com essa expectativa do trabalho de promoção e prevenção e a construção de grupos pela psicologia, essa forma de trabalho se mostra incipiente na ESF. Não são em todas as UBS que ocorrem estes grupos e os próprios profissionais relatam as dificuldades que impedem essa prática ser realizada também por eles:

*A gente deveria estar fazendo grupos... se a gente trabalhasse com ESF na íntegra, a gente ia absorver muito mais esses pacientes. Só que a gente não tem estrutura adequada, a sala adequada para fazer uma reunião em grupo (...) a gente faz uma pseudo estratégia*

*de saúde da família, mas não é ESF (E7). Tem uma demanda reprimida. Não é só na psicologia (...) Falta agenda, falta profissional (...)tem a questão do espaço físico (...) não tem consultório pra todo mundo (E3). (o psicólogo) não consegue dar um suporte para as equipes, na parte de prevenção, porque realmente todo o tempo dele é absorvido pela demanda espontânea e demanda reprimida (E7).*

Essas dificuldades, portanto, tem a ver com o contexto institucional, político, de formação, estrutura física, financeira, de recursos humanos e processos de trabalho entre equipe. Almeida e Silva (2019) constata as dificuldades em relação à falta de infraestrutura para atuação dos psicólogos, tanto para atendimentos individuais que permitam a garantia de privacidade como espaços amplos para atendimento em grupo.

*Entre a facilidade de encaminhar e a dificuldade das filas de psicologia: a potencialidade da comunicação e trabalho em equipe*

A segunda categoria diz respeito à forma de encaminhamento ao psicólogo, uma vez que repercute na organização do serviço e expõe os processos de trabalho no território.

Investigando as formas como se dão os encaminhamentos para a psicologia na UBS, segundo os entrevistados, encontramos três vias que acabam representando possibilidades de organização local. A primeira é realizada eletronicamente, ou seja, se dá através de um software (sistema informatizado utilizado por todos os serviços da rede do município); a segunda é feita com a impressão da guia de encaminhamento que o próprio paciente entrega na recepção da unidade para agendamento imediato e/ou inserção em fila de espera; e uma terceira onde os pacientes são direcionados pela recepção da UBS para um grupo de acolhimento da psicologia. Com isso, o contato do profissional entrevistado com o psicólogo da unidade de saúde se dá apenas em casos de urgência e necessidade de priorização, demonstrando uma comunicação bem restrita:

*A conversa direta com psicólogo se dá na grande maioria quando é necessário priorização (...) em casos urgentes e tentativa de encaixe (E2) é meio que bem informal (...) conversa de corredor (E6) olha tô encaminhando esse paciente pra você, você viu? (M1).*

Enquanto o trabalho de discussão de casos e reuniões entre equipes não se mostra presente, como bem ilustra a fala de um enfermeiro - “é diferente discutir caso de eu passar

um caso” (E3), a lógica prevalente é de encaminhar o caso com intuito de priorização, de “encaixe”. Além disso, como aponta outro recorte: “posso falar diretamente com ela, se eu quiser. É que assim, muitas vezes as agendas não batem, não dá pra você ficar atrás do profissional” (E7), pode-se inferir que há carência de processos de trabalho instituídos nas equipes que privilegiem as reuniões e discussões conjuntas. As entrevistas denotam que na prática, a comunicação entre os profissionais está calcada na pessoalidade, ou seja, depende de psicólogo x, enfermeiro z e médico y buscarem discutir o caso, demonstrando o quanto está posta uma prática individual, isolada e reducionista.

Oliveira et. al. (2004) em sua pesquisa, aponta resultado semelhante afirmando que a maioria dos profissionais não desenvolve um trabalho em conjunto com a equipe das UBS, trabalhando de forma independente e no máximo recebendo encaminhamentos. O trabalho em equipe, portanto, refere-se à realização de alguns encaminhamentos, solicitação de laudos e/ou pareceres ou esparsas ações conjuntas, bem diferente do que se imagina de uma equipe multiprofissional. Tal constatação de Oliveira et. al. (2004) também foi encontrada na presente pesquisa, ou seja, há uma “facilidade de encaminhar”: “A gente consegue encaminhar tranquilo, não tem uma restrição” (M4), mas o encaminhamento não é co-responsabilizado, levando ao aumento das filas de espera de psicologia nas UBS. Outro aspecto relevante diz do quanto a assistência ao paciente pode ficar inviabilizada em função tanto da crescente demanda, “a demanda só vem aumentando e os psicólogos estão diminuindo” (E4), quanto pela restrição de atendimentos especializados vinculada apenas à “equipe de saúde mental” e pela falta de qualificação dos encaminhamentos.

Portanto, a importância dos critérios e a forma de encaminhamento têm impactos sobre o profissional encaminhador, mas principalmente sobre o usuário, que pode deixar de ser assistido ou ter uma assistência que deixa a desejar no que tange a escuta qualificada, o fortalecimento de vínculo e o aprimoramento da prática e manejo em saúde mental pela equipe de SF.

Como foi apresentado na categoria anterior, para os médicos entrevistados os critérios de encaminhamento e as demandas para a psicologia têm aspectos semelhantes, voltados essencialmente às queixas/demandas psiquiátricas; já os enfermeiros, em sua maioria, identificaram como critério a presença de risco quando se trata de grupo prioritário (gestantes, crianças e idosos). Apesar disso, percebe-se que os critérios não são tão claros, e muitos profissionais entrevistados tiveram dificuldades em explicitá-los:

*Você até me perguntou, quais são os critérios que a gente usa pra fazer encaminhamento pro psicólogo... Eu mesmo, às vezes fico meio perdido, então se vocês fizerem alguma diretriz, um fluxo, para auxiliar a gente (M6) a gente como médico confunde muito o que é, e até onde o psicólogo vai, então de repente, ter um material, reunião (...) eu sinceramente não sei a fronteira, não sei se existe uma fronteira, uma coisa demarcada (M4).*

Portanto, como possibilidades de melhora deste processo de trabalho, ressaltaram a importância de discussão de casos, troca de informações, contato próximo entre profissionais, matriciamento e aumento no número de profissionais, incluindo psicólogos com maior carga horária nas UBS.

*A gente tinha que trabalhar mais a reunião em equipe (...) psicologia poderia dar esse suporte (E6). Tem que ter um tempo para discussão de caso (M1). A gente conseguiria ter uma noção do que fazer, como fazer, como proceder (E1), uma troca maior de informações (M3), fazer uma reunião com os médicos, explicar, não! Quando for um paciente assim, quando não for, não precisa (encaminhar) (M6). Seria legal conversar com psicólogo pra ver o que ele acha, tipo um matriciamento (M5), acho que a integração do psicólogo no NASF dentro do local, seria interessante, bem melhor do que um específico (E5).*

Frente a esses resultados, além das questões de infraestrutura e recursos humanos, percebe-se que para além do suporte clínico-assistencial, há uma demanda implícita de suporte técnico-pedagógico que é outra dentre as três propostas de atuação da equipe NASF-AB, segundo Alves, Bruning e Kohler, (2019), junto com as intervenções sanitárias (levantamento de demandas no território para projetos de intervenção com usuários). Mesmo que pouco citadas estas duas últimas, possivelmente pelo desconhecimento e por serem UBS não apoiadas por equipe NASF-AB, é possível inferir que a lógica (principalmente técnico-pedagógica) poderia contribuir para aproximar as diferentes categorias, já que consiste, conforme os autores, no empoderamento às ESF em realizar o acolhimento dos usuários que estão em risco psicossocial, promovendo espaço de discussão conjunta dos casos clínicos, avaliando prioridades, bem como efetivando a educação permanente. A pergunta - “existe uma fronteira, uma coisa demarcada, até onde a psicologia pode contribuir?” (M4) - pode ser entendida como um exemplo para disparar discussões acerca da centralidade no sujeito, e não no seu diagnóstico ou numa cisão corpo-mente, passando a

discutir a integralidade do cuidado e os atravessamentos sociais/históricos das demandas que se apresentam a cada profissional, tensionando para uma noção de clínica ampliada.

A clínica ampliada neste sentido, diz respeito à construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas como plano de cuidado, olhar ampliado sobre o sujeito e território. No entanto, uma questão que dificulta é a formação dos profissionais na APS (Ferrer, 2012), em que as práticas interprofissionais e colaborativas pouco fazem parte da formação. O conceito de apoio matricial pode questionar e reinventar formas de superar o modelo de produzir saúde que se assemelha a uma linha de montagem (CFP, 2019).

Outro aspecto a se destacar é a sobrecarga de encaminhamentos equivocados ao psicólogo que solitariamente representa a especialidade de saúde mental na UBS, ou seja, a produção de filas de espera intermináveis quando não há uma qualificação mínima dos encaminhamentos a partir da discussão de caso em equipe, da troca de informações de acordo com a complexidade e da elaboração de um plano terapêutico singular. Este último, em nenhuma entrevista foi citado, demonstrando o quanto os profissionais ainda estão fechados em suas especialidades, com pouca integração dos saberes e atuação calcada na lógica de pronto-atendimento (Ferrer, 2012).

Partindo dessas dificuldades de formação e da lógica de trabalho e cuidado instituídas, considera-se que a mera presença de equipe NASF-AB no território não teria facilidade em operar todas as mudanças necessárias, pois tais impasses advêm de uma lógica de trabalho já instituída somada às dificuldades existentes na ESF: “a gente não consegue estruturar muito o que é esperado da atenção primária, a gente acaba apagando fogo” (E6). No entanto, considerando que nas UBS que fizeram parte da pesquisa, mesmo não apoiadas por NASF-AB, existia a presença de outras categorias profissionais para além da equipe mínima prevista, a prática do matriciamento e a clínica ampliada surgem como estratégias possíveis e potentes para a ampliação do cuidado e fortalecimento do trabalho em equipes.

Em relação às dificuldades relatadas quanto a demandas crescentes, resumida por um enfermeiro entrevistado: “não tem agenda pra todo mundo” (E3), entende-se a necessidade de se estabelecer prioridades de acordo com as vulnerabilidades e complexidades de cada caso. Sobre isso Campos (2013, p.72) afirma que “entre o que imaginamos como ideal - nem sempre o mais adequado - e nada há uma infinidade de possibilidades de intervenção prática”. E isto diz respeito a avaliar os riscos de modo clínico, intervindo com os recursos necessários de cada serviço tais como: atendimento individual, em grupo, interconsulta, visita domiciliar, encaminhamento co-responsabilizado, orientações, discussão em equipe, elaboração de PTS. Dando especial atenção àqueles que mais necessitam, avaliando junto ao

ACS da área a intensidade e frequência de intervenção. Priorizando grupos de risco com programas estabelecidos pelo MS (ESF), tentando realizar intervenção o mais breve possível (para evitar “filas de espera” ou agudizações ou cronificação) e, se necessário, encaminhamento a outros níveis de complexidade da rede de modo criterioso (Campos, 2013). Mas isso só se dá com a criação de espaços de discussões que permitam a reflexão para o aprimoramento do serviço prestado, rompendo o isolamento e a hierarquização no campo de trabalho (Dias & Silva, 2016).

As dificuldades dos profissionais em identificar os critérios para encaminhamento ao psicólogo é reflexo das práticas isoladas e reducionistas, assim como carência de formação permanente, pois o que pode ser explícito para uma categoria profissional, no caso aqui a psicologia, para outros não é. Especialmente quando não há troca de conhecimentos do núcleo de cada profissão, as ações de campo de atuação – onde podemos situar o encaminhamento aliado a carência de reuniões de equipe e/ou comunicação entre os profissionais - acabam sendo prejudicadas, conduzindo para a discussão da terceira categoria apresentada a seguir.

“Como o psicólogo conduz uma consulta psicológica?” (Des)conhecimentos sobre a prática psicológica por profissionais e usuários

Como esperar conhecimento sobre demanda, atribuição e encaminhamentos qualificados se os resultados apontam para um desconhecimento sobre as práticas psicológicas?

*Ah! Psicólogo não pode distribuir medicação, mas não é só isso! Faz terapia? Que tipo de terapia? Até onde ele faz? Qual a diferença da conversa dele com o psiquiatra? (...) Ele faz uma entrevista igual? Ele avalia o que? Isso aí acho que os próprios médicos não sabem diferenciar muito (...) Entender o que eu posso, até o que eu posso cobrar do psicólogo nesse acompanhamento (M4).*

Oliveira et. al. (2004) corrobora sobre a existência de dificuldades para inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar, justamente pelo desconhecimento dos outros profissionais de qual seria a sua função ou mesmo a importância do seu trabalho. Sendo necessário esclarecer não só para equipe, mas também para a comunidade.

*Eles não querem psicologia, eles vêm com aquela cabeça de medicação (M4) Pra que? Se eu vou conversar. Eu prefiro conversar com amigo, ou então, conversar não vai resolver (M2) Dificuldade da própria população entender qual que é o serviço de psicologia. Que daí às vezes, eu acho que o paciente acaba vendo mais vezes o enfermeiro, o médico, do que o psicólogo na unidade (...) você fala: vou te encaminhar pra psicologia, a pessoa acha que é louco (...) ela não aceita que o problema é psicológico (E5) eles não querem, eles tem aquele preconceito, da doença psiquiátrica, psicológica, eles não querem que saibam que tenham (M4).*

Conforme Almeida e Silva (2019) ainda existe a resistência para a procura do auxílio de psicologia em função de muitos minimizarem os problemas de ordem emocional e psicológica, sendo de grande importância o vínculo do psicólogo com as equipes que apoia, assim como dos usuários sendo intermediados nesta relação, de aproximação e de importância do cuidado em saúde mental que um trabalho de campo pode oferecer.

As questões culturais se atravessam pela prática medicalizante e o modo como historicamente a saúde mental “era” compreendida. Amarante (2007, p.19) faz uma provocação afirmando que “até muito pouco tempo atrás, ‘trabalhar na saúde mental’ era o mesmo que trabalhar em hospícios, manicômios, ambulatórios e emergências de crise psiquiátricas”, trabalho que muitas vezes se dava pautada na ideia do louco agressivo, em ambientes carcerários, a partir de uma segregação violenta.

E essa compreensão de saúde mental “aprisionada”, reforça um estigma do paciente e repercute no pedido por atendimento individual e não adesão aos grupos ofertados (Eichenberg & Bernardi, 2016), tendo relação com as questões culturais da região, dificuldade de se expor, requerimento por atendimento clínico ou ainda que o tema não vai ao encontro do interesse do usuário (Alves, Bruning & Kohler, 2019), sendo atravessado também pelo tipo de grupos ofertados.

Conforme Ferrer (2012), as práticas grupais têm sido realizadas na APS sem muitos questionamentos, sem reflexões e com pouco ou nenhum embasamento teórico. Muitos dos chamados grupos conforme a autora, são palestras ou informes sobre um tema específico ou uma consulta coletiva, prática usualmente utilizada para minimizar a demanda reprimida. Essa última acaba perpassando nas falas dos entrevistados: (grupo) “é uma forma de atender vários pacientes ao mesmo tempo. Tira um pouco dessa lista de espera (M5). Entendo que ela faz isso pra dar conta com demanda (E6)”. O grupo pode contribuir na diminuição das filas de espera e no atendimento de um número maior de pessoas, mas esse não pode ser o seu

objetivo principal. O “para que” tem que se fazer presente na práxis dos profissionais (Onocko-Campos, 2001).

Para Jimenez (2011) a demanda é um problema para os psicólogos na medida em que não há métodos, técnicas e respostas prontas que atenderão todas as necessidades. Arelado a isso, tanto profissionais quanto usuários possuem suas próprias representações acerca da psicologia. Em sua pesquisa, Ferrer (2012) constatou na fala dos profissionais que alguns usuários dizem não participar das atividades grupais por não gostar de expor seus problemas, mas outros referem gostar, pois percebem seus problemas pequenos comparados aos das outras pessoas.

Portanto, há várias representações, não havendo problema no tipo de oferta, mas no modo como esta é realizada, no embasamento, na leitura de demanda dos usuários e do território e na articulação com os demais profissionais, pois o grupo pode ser coordenado por um psicólogo, mas o “convite”, o “encaminhamento” que serve de “ponte” pode ser realizado pelos demais profissionais. Desse modo, há uma co-responsabilidade da equipe pelo grupo, contribuindo para a utilização da potência do vínculo na adesão a qualquer tratamento e fortalecimento da comunicação em equipe.

Uma solução apontada pelos profissionais entrevistados diante do desconhecimento da prática do psicólogo refere-se ao pedido de uma diretriz: “alguma diretriz, um fluxo (...) do que pode encaminhar pro psicólogo ou não” (M6) “ter um material, ter uma reunião com os médicos, do próprio psicólogo explicar até onde ele pode ir” (M4), ou seja, maior comunicação e aproximações entre as diversas categorias profissionais, pautando-se num trabalho em saúde mental numa lógica psicossocial e matricial.

Essa questão tem a ver com a recente entrada da psicologia na APS, onde o acesso é ampliado a partir da constituição do NASF-AB (Alves, Bruning & Kohler, 2019) ou em outras configurações como na realidade pesquisada. Tanto é que todos os entrevistados apontaram para a necessidade de contratação de mais psicólogos, mais tempo de atuação na UBS, se inserindo de fato em seu cotidiano. Tais necessidades vão ao encontro do que Dias e Silva (2016) levantam, que é a dificuldade do psicólogo não estar inserido na equipe mínima da ESF.

Oliveira et. al. (2004) em seu estudo evidenciou que os profissionais entrevistados não têm clareza ao expressar o que se espera da psicologia na APS, afirmação corroborada por Dias e Silva (2016) de que dentre os profissionais da equipe multidisciplinar, o psicólogo é o profissional cujo papel é o mais “obscuro”, em que sua atuação não é claramente definida, muitas vezes não sabendo como deveria acontecer e qual o seu significado. Ou então, como

constatam Souza, Santos e Romão (2020) os enfermeiros e médicos mostraram desconhecer a teoria, mas conhecem algumas das práticas desse profissional, condições também encontradas nessa pesquisa.

Neste estudo, os profissionais entrevistados apontaram interrogações quanto ao papel do psicólogo, gerando dúvidas quanto às demandas, atribuições, limites e critérios de encaminhamento, no entanto trouxeram desejo por práticas para além da psicoterapia e ações que não encontram no seu cotidiano, mas que percebem demanda para trabalho. Um dos fatores que contribuem para este movimento é a psicologia inserida na ESF, uma vez que para conhecer a prática é preciso também estar junto aos profissionais: “depois que a gente teve esse serviço junto da gente, teve esse acesso mais rápido, mais direto, (...) todo o andamento do trabalho, de como a fila tem crescido... A gente pode dar o valor que a psicologia merece!” (E1).

### **Considerações Finais**

Com a presente pesquisa, foi possível levantar particularidades e possibilidades de atuação da psicologia na APS. No que se refere às queixas e demandas dos usuários foi possível compreender que ainda são identificadas seguindo uma lógica biomédica, ou seja, àquela que localiza sinais e sintomas de transtornos mentais. Apesar disso, o levantamento das entrevistas e o estabelecimento de categorias de análise indicaram que médicos e enfermeiros, ainda que de maneira intuitiva, demandam por uma ampliação da atuação do psicólogo na APS. Para além dos diagnósticos psiquiátricos, condições relativas a cada ciclo de vida foram identificadas como passíveis de sofrimento psíquico.

O modo de atuação do psicólogo gerou diversas questões, desde a necessidade de atendimentos individualizados e psicoterapia até uma participação efetivas nos grupos já coordenados pela APS. Outras possibilidades que se apresentaram, para além do trabalho com os usuários, foi o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em equipe, algo que a realidade do trabalho na APS exige. Os resultados apontaram para a necessidade de uma atuação do psicólogo mais próxima às equipes, com discussões de casos, troca de informações sobre conduta e manejo por meio de reuniões de equipe.

A importância do trabalho em equipe e da atuação do psicólogo foi identificada tanto para ampliar o suporte assistencial, quanto para educação continuada de caráter técnico-pedagógico. Evidenciou-se necessidade por educação permanente, trocas de conhecimentos sobre cada categoria profissional e suas limitações, construções de ações

conjuntas e co-responsabilizadas frente a realidade dos usuários e contexto sanitário (que pode ser incluído o PTS, interconsulta, ações de promoção e prevenção), discussão de temas prevalentes no cotidiano, formas de melhoria na comunicação e encaminhamentos interno e na rede, elementos constituintes de apoio matricial e prática de uma clínica ampliada.

Entretanto, desafios também foram identificados e esbarram em “impossibilidades” da prática do psicólogo dentro de um contexto do SUS, que influencia a todos nele inseridos, como bem constatado pelos enfermeiros e médicos participantes da pesquisa. Surgiram desde problemas comuns de falta de estrutura física, salas para diferentes profissionais e espaços para grupos, insuficiência de profissionais e alta rotatividade, crescente demanda, falta de tempo de discussão de casos e barreiras de acesso ao profissional, baixo investimento financeiro em ações coletivas, rigidez dos processos de trabalho; como problemas específicos “da psicologia” a saber: filas de espera, agenda lotada, demora de atendimento, falta de comunicação e fluxo, desconhecimentos dos profissionais e usuários sobre prática psicológica, questionamentos sobre atribuição individual e em grupos exercidos, pouca carga horária de trabalho na UBS e não inserção garantida do psicólogo na equipe mínima de ESF.

Apesar de separados didaticamente, sabe-se que no cotidiano do trabalho as dificuldades se misturam influenciando a todos. Seja quando elas são de uma realidade macro e de um contexto institucional, social, histórico e político, como quando advindas de formação e processo de trabalho entre equipe. Como apontado no presente artigo, a grande demanda, seja ela para psicologia como para as equipes de ESF, crescente e complexa, exige uma clínica ampliada composta por práticas críticas, inovadoras, tendo o “para que” das ações e o “como” com um leque de possibilidades que possam abordar de diferentes maneiras as questões da vida que se apresentam na unidade de saúde, por meio de ferramentas como o acolhimento, escuta qualificada, fortalecimento de vínculo e o aprimoramento da prática e manejo de cada caso.

Mesmo constatando as principais dificuldades encontradas na realidade da APS e a complexidade da aplicação desses conceitos na prática, eles podem ser reconhecidos como diretrizes para um caminho de enfrentamento às limitações e construções individuais e coletivas para o trabalho na APS e no SUS.

Por fim, aponta-se como limitações do presente estudo o número de profissionais entrevistados, que embora tenha atingido uma quantidade representativa de entrevistas nas unidades de saúde selecionadas para essa pesquisa, trata-se de um contexto local, sendo também importante a realização de entrevistas com demais profissionais na ESF, assim como os psicólogos que atuam nesse contexto. Aponta-se também para a possibilidade de novas

pesquisas comparando a realidade de psicólogos inseridos em equipe NASF-AB e em contextos como o pesquisado nesse estudo.

### Referências

Alexandre, M. de L. & Romagnoli, R. C. (2017). Prática do Psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos Clínicos*, 10 (2), 284-299. doi: 10.4013/ctc.2017.102.12

Almeida, N. dos S & Silva, R. B. da. (2019). O psicólogo na Estratégia Saúde da Família: possibilidades de atuação e desafios. *Revista Mosaico*, 10(1), 29-34. doi: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i1.1714>.

Alves, R. B., Bruning, N. de O. & Kohler, K. C. (2019). “O Equilibrista”: Atuação do Psicólogo no NASF no Vale do Itajaí. *Psicologia: ciência e profissão*, 39, e186600, 1-13. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186600>.

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Archanjo, A M & Schraiber, L. B. (2012). A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e sociedade*, 21 (2),351-363. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200009>.

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, F. O. de (2008). Caderno de Saúde Mental: os desafios da formação. Em A. M. Labosque (Org). *A hospitalidade e a rede de saúde mental* (pp.57-66). Belo Horizonte: ESPMG.

Ministério da Saúde (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília-DF.

Ministério da Saúde (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília-DF.

Ministério da Saúde (2008). Portaria n. 154, de 24/01/2008. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília-DF.

Campos, G. W. S. (2013). *Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec Editora.

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde* (2a ed, 1-87). Brasília: Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP).

Costa Val, A., Modena, C. M., Campos, R. T. O. & Gama, C. A. P. da. (2017) Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis*, 27 (04), 1287-1307. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>.

Dias, F. X. & Silva, L. C. A. da. (2016). Percepções dos Profissionais sobre a Atuação dos Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 36(3), 534-545. doi: 10.1590/1982-3703001102014.

Eichenberg, J. F. & Bernardi, A. B. (2016). A prática do Psicólogo na Atenção Básica em Saúde Mental: uma proposta da Clínica Ampliada. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi). Recuperado em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Juliana-Fusinato.pdf>.

Ferrer, A. L. (2012). *A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico–narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização*. Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Jimenez, L. (2011). Psicologia na atenção básica à saúde: Demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(esp), 129-139. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>.

Mello, R. A. & Teo, C. R. P. A. (2019). Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e186511, 1-16. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>

Melo, E. A., Miranda, L., Silva, A. M. da & Limeira, R. .M. N. (2018). Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, 42 (esp.), 328-340. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>.

Nascimento, M. G. de S. & Alves, V. S. (2019). O psicólogo na atenção primária à saúde: um passeio pelas práticas em saúde mental. *Revise*, 3, 29-40. <https://doi.org/10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1456>.

Oliveira, I. F. de, Costa, C. M. B. D. e A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R. de, Carvalho, D. B. de & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional, *Interações*, 9 (17), 71-89.

Onocko-Campos, R. (2001) Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos da Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98 – 111.

Rocha, M. B., Almeida, M. M. S & Ferreira, B. O. (2016). Possibilidades de atuação profissional do psicólogo no âmbito da atenção básica em saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(1), 117-123. doi:<https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p117>.

Schutel, T. A. A., Rodrigues, J. & Peres, G. M. (2015) A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, *Ciência & Saúde*, 8(2), 85-93. doi:<http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2015.2.20167>.

Souza, G. M. de, Santos, M. S. dos & Romão, M. N. (2020) Possibilidade de atuação do profissional de psicologia nas Unidades Básicas de Saúde. [versão eletrônica] *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPS*. Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, 8(22), 71-84.

---

**Recebido em 3 de julho de 2021**

**Aprovado em 21 de novembro de 2022**

---

**Nome:** Renan Vinícius Gnatkowski, Psicólogo Especialista em Saúde da Família pelas FPP  
**Endereço para contato:** [renanvgpsico@gmail.com](mailto:renanvgpsico@gmail.com).

**Nome:** Rafaela Carine Jaqueti, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFPR. **Endereço para contato:** rafajaqueti@yahoo.com.br