



Psicologia Ciência e Profissão
ISSN: 1414-9893
revista@pol.org.br
Conselho Federal de Psicologia
Brasil

Gorayeb, Ricardo; Dellatorre Borges, Camila; Moraes de Oliveira, Cassiana
Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional
Psicologia Ciência e Profissão, vol. 32, núm. 3, 2012, pp. 674-685
Conselho Federal de Psicologia
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024793012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Psicologia na Atenção Primária: Ações e Reflexões em Programa De Aprimoramento Profissional

Psychology In Primary Health Care:
Actions And Reflexions On A Program
Of Professional Training

Psicología En La Atención Primaria: Acciones
Y Reflexiones En Programa De
Perfeccionamiento Profesional

**Ricardo Gorayeb,
Camila Dellatorre
Borges &
Cassiana Morais de
Oliveira**

Universidade
de São Paulo

Artigo



Resumo: A inserção da Psicologia na Atenção Primária exigiu dos profissionais um repensar de suas práticas, ações e condutas, considerando a realidade da população com que se pretende atuar e os objetivos desse nível de atenção. O objetivo deste estudo é retratar a experiência de psicólogos do Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade em Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto, SP. Para o desenvolvimento das intervenções, inicialmente foram realizadas análises das necessidades, a fim de se verificar os padrões de morbimortalidade da população. A atuação dos psicólogos foi dividida em duas frentes de trabalho: uma voltada para o suporte à equipe e outra para realizar ações com a comunidade. Com os usuários, o psicólogo realizou visitas domiciliares, atendimentos individuais, familiares e coordenação de grupos. Os grupos eram abertos ou fechados, podendo ser classificados em educativos/reflexivos e de socialização. Para auxiliar no desenvolvimento das atividades, foram utilizados recursos audiovisuais, técnicas de dinâmica de grupo, discussões em grupos e trocas de experiências. Nota-se a importância de as ações do psicólogo na Atenção Básica estarem focadas na interferência nos fatores de risco à saúde da população, visando a alcançar mudanças comportamentais que proporcionem melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Psicologia. Atuação do psicólogo. Programa de Saúde da Família. Promoção da saúde.

Abstract: The insertion of Psychology in the primary level of health care demanded professionals to think over their practices, actions and conducts, considering the reality of the population they will work with, as well as the objectives of this level of health attention. This study aims to describe the experience of the psychologists from the Program of Professional Training in Community Health Promotion, in Family Health Units in Ribeirão Preto, SP, Brazil. For the development of the interventions, the assessment was initially performed to check the morbid-mortality patterns of the population. The psychologists' work was divided into two different approaches: one to support the professional team and another to accomplish community actions. Together with the clients, the psychologists did home visits, gave individual and familiar attention and group coordination. The groups were open or closed, being classified as educational/reflexive and socialization groups. In order to develop these activities, they used audio-visual resources, group dynamic techniques, group discussions and experience exchanges. It is noticed that the importance of the psychologist's actions in the primary attention should be focused on the intervention on the population health risk factors, aiming to attain behavior changes which might allow quality of life improvement.

Keywords: Psychology. Psychologist performance. Family Health Program. Health promotion.

Resumen: La inserción de la Psicología en la Atención Primaria exigió de los profesionales un replanteamiento de sus prácticas, acciones y conductas, considerando la realidad de la población con que se pretende actuar y los objetivos de ese nivel de atención. El objetivo de este estudio es retratar la experiencia de psicólogos del Programa de Perfeccionamiento Profesional en Promoción de Salud en la Comunidad en Núcleos de Salud de la Familia en Ribeirão Preto, SP. Para el desarrollo de las intervenciones, inicialmente fueron realizados análisis de las necesidades, a fin de verificar los estándares de morbi-mortalidad de la población. La actuación de los psicólogos fue dividida en dos frentes de trabajo: uno dirigido al soporte al equipo y otro para realizar acciones con la comunidad. Con los usuarios, el psicólogo realizó visitas domiciliarias, atendimientos individuales, familiares y coordinación de grupos. Los grupos eran abiertos o cerrados, pudiendo ser clasificados en educativos/reflexivos y de socialización. Para auxiliar en el desarrollo de las actividades, fueron utilizados recursos audiovisuales, técnicas de dinámica de grupo, discusiones en grupos e intercambios de experiencias. Se nota la importancia de que las acciones del psicólogo en la Atención Básica estén enfocadas en la interferencia en los factores de riesgo a la salud de la población, visando a alcanzar mudanças de comportamiento que proporcionen mejor calidad de vida.

Palabras clave: Psicología. Actuación del psicólogo. Programa de Salud de la Familia. Promoción de la salud.

Há no Brasil uma premência para que se efetivem os serviços de atenção primária, de modo que princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, integralidade e a equidade, possam se concretizar nas equipes de saúde e afetar positivamente o cotidiano dos brasileiros. A Psicologia pode contribuir de modo importante para esse processo de concretização dos princípios do SUS (Böing

& Crepaldi, 2010). No entanto, estudos relatam algumas práticas inapropriadas, por seu desvínculo do contexto social da população atendida ou por serem desprovidas de uma ação mais efetiva e transformadora (Dimenstein, 1998, 2001; Freire & Picheli, 2010; Ronzani & Rodrigues, 2006; Silva, 1992; Spink, 1992; Spink, Bernardes, Santos, & Gamba, 2007; Traverso-Yépez, 2001).

O presente trabalho descreve de forma sucinta a inserção do psicólogo na saúde pública, para, em seguida, relatar as ações e as práticas desse profissional em um programa de aprimoramento profissional (PAP) realizado nos Núcleos Saúde da Família (NSFs) vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Dessa forma, espera-se descrever formas de atuação julgadas mais pertinentes para a prática do psicólogo na Atenção Básica.

A Psicologia na área da saúde

Desde a regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil, nota-se uma identificação, por parte dos profissionais, com o fazer clínico, assim como os próprios alunos de graduação de Psicologia já privilegiam essa atuação profissional. No entanto, na década de 80, ocorreu uma grave crise econômica que dificultou a manutenção, pelos psicólogos, de suas clínicas particulares (Dimenstein, 1998).

Nesse período, houve uma reorganização dos serviços públicos de saúde, sendo instaurados programas com ênfase na área ambulatorial e na formação de equipes multiprofissionais. Soma-se a isso o fato de que, no setor de saúde mental, havia um movimento de crítica ao modelo asilar: a reforma psiquiátrica brasileira enfocava a *desospitalização* e a criação de serviços substitutivos que requeriam novos recursos humanos, dentre os quais o psicólogo (Dimenstein, 1998).

Esse profissional passa, então, a ter a saúde como um campo importante de atuação, que se centra principalmente no setor de saúde mental. Desde esse período, há registros de uma atuação profissional descolada de seu contexto, com o psicólogo transportando para a saúde pública uma atuação clínica tradicional ao trazer para os ambulatorios médicos o seu *fazer* do consultório particular, prática essa individualizada e desvinculada da realidade social (Gorayeb, 2001, 2010).

Segundo Dimenstein (2001), o modelo curativo e assistencialista, voltado para o setor dos atendimentos privados, foi se consolidando dentro da categoria dos psicólogos, e tornou-se o paradigma hegemônico da profissão. Para essa autora, a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde, apesar de ter ampliado seu campo de trabalho, parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua ação, o que trouxe dificuldades para a construção de novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social. Para Silva (1992), independentemente dos tipos de serviços e de suas necessidades, a Psicologia vinha exercendo um único modelo de atuação, com atendimentos psicoterápicos de seguimento contínuo e/ou prolongado.

Franco e Mota (2003), ao estudarem a distribuição e a atuação dos psicólogos na rede pública no Brasil, constataram um descompasso entre as regiões brasileiras e suas possibilidades de proporcionar uma atenção pela Psicologia aos habitantes, e identificaram uma forma limitada de registro das ações dos psicólogos através do Sistema de Informações do Ministério da Saúde, principalmente as realizadas no piso da Atenção Básica, o que dificulta o conhecimento da ação desses profissionais. Esses autores reforçam que há grande necessidade de a Psicologia ampliar a discussão sobre os modelos de atenção em saúde, sem restringi-los ao cuidado dos portadores de sofrimento psíquico.

A inserção de psicólogos na Atenção Básica ocorreu de forma um pouco mais significativa no Estado de São Paulo, quando equipes de saúde mental formadas por um psiquiatra, uma assistente social e um psicólogo foram inseridas na rede básica (Spink, 1992). Nesse período, verificou-se a dificuldade, tanto dos profissionais que já trabalhavam na rede quanto dos novos profissionais, em compreender o papel que deveriam desempenhar.

Estudos que enfocam a atuação do psicólogo na Atenção Primária à Saúde (APS) buscaram

Para Silva (1992), independentemente dos tipos de serviços e de suas necessidades, a Psicologia vinha exercendo um único modelo de atuação, com atendimentos psicoterápicos de seguimento contínuo e/ou prolongado.

não só conhecer como os psicólogos atuam nesse nível de atenção bem como refletir sobre suas ações. Nessas pesquisas, participaram psicólogos do setor público que trabalhavam na Atenção Básica (e em um número menor, que realizavam também trabalhos em nível secundário) nas Regiões: Sul (Costa & Olivo, 2009; Miriani, 2004), Sudeste (Andrade, 2007; Andrade & Simon, 2009; Goya & Rasera, 2007; Ronzani & Rodrigues, 2006; Velasques, 2003) e Nordeste (Dimenstein, 2001; Lima, 2005; Oliveira, Dantas, Costa, Silva, Alvarenga, Carvalho, 2004).

Nos estudos de Costa e Olivo, Miriani, Oliveira et al. e Ronzani e Rodrigues, observou-se que os psicólogos têm uma atuação pautada por uma conduta clínico/psicoterapêutica. Andrade verificou que tanto a população como os psicólogos priorizam o atendimento individual, e, ainda, que, embora a maioria dos profissionais entrevistados não estivesse satisfeita com sua prática, não demonstravam possuir recursos ou iniciativas para realizarem uma atuação diferente e mais adequada. Goya e Rasera constataram também uma ausência de atividades relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

No estudo de Ronzani e Rodrigues, verificou-se uma variação nos conceitos de prevenção e de promoção de saúde apresentados pelos psicólogos entrevistados. Alguns deles vinculavam o conceito de prevenção restritamente à ausência de doenças e/ou apresentavam pouca familiaridade com o conceito de promoção de saúde. Quanto à adequação dos trabalhos aos princípios do SUS, observou-se desconhecimento dos princípios e das diretrizes desse sistema de saúde (Goya & Rasera, 2007) e desvinculação do trabalho realizado (Oliveira et al., 2004).

Acredita-se que as informações apresentadas acima estejam profundamente relacionadas com a formação profissional do psicólogo brasileiro. Verifica-se uma inadequação dos cursos de

graduação em formar adequadamente o psicólogo para atuar em serviços da APS. Estudos como o de Andrade e Velasques apontam um despreparo na formação acadêmica para o trabalho na saúde pública. Segundo Dimenstein (2003), os currículos dos cursos de Psicologia proporcionam padrões técnicos de cuidado que aumentam a distância entre a ação do psicólogo e as necessidades da população atendida, promovem um conhecimento fragmentado, permeado por uma visão de mundo elitista, e apresentam professores sem formação específica na área da APS.

Ressalta-se a necessidade de o aluno de graduação ser preparado para analisar o contexto sociocultural mais amplo e as particularidades de cada grupo/sujeito bem como conhecer os objetivos de cada instituição e suas reais demandas de trabalho (Silva, 1992). Ainda que algumas universidades tenham reformulado seus currículos ou campos de estágio (Gama & Koda, 2008; Souza & Cury, 2009), acredita-se ser essa ainda uma importante e necessária mudança nos cursos de graduação.

Quanto à pós-graduação, são escassas as possibilidades de cursos que preparam o psicólogo para a atuação na APS. Iniciativas como a do PAP *Promoção de Saúde na Comunidade*, ministrado pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e, mais recentemente, a das residências multiprofissionais (Clemente et al., 2008) vêm contribuir para uma formação mais adequada e crítica.

São encontrados na literatura poucos relatos de ações adequadas e pertinentes, como os grupos com adolescentes em uma perspectiva multidisciplinar proposta por Silva, Oliveira e Franco (1998), os grupos de promoção de saúde, propostos por Santos, Ros, Crepaldi e Ramos (2006), e também o programa *Habilidades de Vida*, com adolescentes, de Gorayeb, Netto e Bugliani (2003). Somam-

se a isso atuações mais diversificadas, como as relatadas por Moré e Macedo (2006), em que o psicólogo, na unidade básica de saúde, realizou atendimentos à criança, ao adolescente, a adultos e à família com o objetivo de promover a qualidade das relações familiares, atendimento grupal à gestante, auxílio às escolas na compreensão do fracasso escolar e grupos de educação em saúde, entre outros. Verificaram-se também as ações descritas por Souza e Carvalho (2003), em que o psicólogo participou e assessorou a equipe de saúde nas seguintes ações/intervenções: grupos (hipertensos, diabéticos, jovens e gestantes), atividades coletivas de lazer, assistência e convivência entre idosos, suporte à equipe para a melhoria do relacionamento interpessoal e do trabalho realizado, atendimento psicológico e um projeto de intervenção em escola. Atuações como essas permitem ampliar o contato do psicólogo com a população em maior vulnerabilidade social e são mais condizentes com os princípios do SUS.

Nota-se a relevância das pesquisas citadas anteriormente para o fornecimento de informações sobre a atuação do psicólogo na realidade brasileira. Assim, destaca-se a importância de estudos futuros sobre essa temática pela comunidade científica.

A história traçada pelos psicólogos se entrelaça com os caminhos percorridos pela saúde pública no País. Serão apresentados, a seguir, alguns aspectos fundamentais da estruturação e da organização da Atenção Básica no Brasil.

Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

O governo brasileiro denomina Atenção Básica o seu primeiro nível de atenção em saúde, cujas ações e objetivos estão em consonância com a APS. A Atenção Básica engloba um conjunto de ações que abordam os problemas mais frequentes da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, e oferece

serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar; esse é também o nível dos serviços de saúde que permite a entrada no sistema para todas as novas demandas e necessidades da população, fornecendo atenção integral sobre a pessoa, sem focar apenas a enfermidade (Starfield, 2002).

A decisão política de reorganização da rede de assistência à saúde foi a fonte inspiradora para a implementação do Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem o coletivo como seu foco de atenção, considera que o indivíduo está inserido em uma família que faz parte de um contexto sociocultural, e entende que o processo saúde-doença se dá socialmente; dessa forma, valoriza ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, de recuperação e reabilitação da saúde (Andrade, Barreto, Fonseca, & Harzheim, 2004).

O papel dos profissionais não médicos que atuam na atenção primária está sendo delineado em nosso país com maior clareza. Segundo Starfield (2002), espera-se desses profissionais habilidades como o conhecimento de epidemiologia e dos determinantes em saúde, treinamento em ciências sociais e comportamentais, capacidade de detectar e manejar enfermidades, de prevenir doenças e de promover a saúde, mesmo em face de mudanças nos perfis demográficos e nos padrões de risco das populações.

Quanto ao psicólogo, a Portaria nº154/GM (Brasil, 2008), publicada em 24 de janeiro de 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica. O NASF, constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, incluindo o psicólogo, deve atuar em parceria com as equipes saúde da família, apoiando-as. Esse núcleo deve buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS.

Apesar de progressos como a criação do NASF e a identificação de práticas e ações coerentes do psicólogo na Atenção Básica, percebe-se que a saúde pública brasileira precisa de mais modelos de atuação descritos e publicados na literatura nacional para influir no processo de formação de novos psicólogos e mostrar formas de atuação que possam ser replicadas em todo o Brasil. Também faz falta, na literatura brasileira, a publicação de resultados de pesquisas bem sucedidas mostrando o efeito positivo da ação do psicólogo na mudança de fatores e de comportamentos de riscos.

Atuação do psicólogo do PAP nos NSF's

Este trabalho retrata a experiência de psicólogos (supervisores e aprimorandos) do PAP *Promoção de Saúde na Comunidade* que realizaram atividades desde 2006 em cinco NSF's do Distrito Oeste no Município de Ribeirão Preto, SP. O PAP *Promoção de Saúde na Comunidade* é uma pós-graduação *lato-sensu*, com duração de dois anos, caracterizada por aperfeiçoamento teórico-prático, com ênfase no treinamento em serviço, sob supervisão. Ele é oferecido pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, e está vinculado à FUNDAP/Secretaria Estadual da Saúde. Os NSF's possuem um convênio com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e recebem alunos de graduação, pós-graduação, residência médica e multiprofissional.

Serão descritos a seguir o modo de trabalho, as ações desenvolvidas e as condutas empregadas pelos psicólogos e aprimorandos nos NSF's. Esses núcleos abrangem populações com perfis sociodemográficos diferentes, o que demandou condutas diversificadas a partir da análise da comunidade. Para a execução dessas ações, inicialmente, realizou-se uma avaliação das necessidades da população a ser atendida, e, a partir desta, elaborou-se uma proposta de trabalho.

Avaliação de necessidades e diagnóstico institucional

Para o desenvolvimento do trabalho, o psicólogo primeiramente avaliou as condições estruturais da instituição e a população adscrita. Bleger (1984) propõe que, para compreender o indivíduo deve-se conhecer seu contexto sociocultural, para então avaliar as instituições e os grupos em que está inserido.

Para tanto, buscou-se conhecer o *território* que o NSF abrangia, o que demandou a identificação das condições das moradias, dos equipamentos sociais presentes (creches, escolas, igrejas...) dos serviços (mercados, lojas...), do saneamento básico e das formas de lazer existentes. Foi necessária uma observação direta das condições do bairro bem como uma identificação das práticas sociais, dos valores culturais, das condições de trabalho e da economia que envolvem essa população.

Segundo Caccia-Bava, Teixeira e Pereira (2007), deve-se compreender o território como um produto social carregado de desejos e conflitos, resultado histórico da prática humana sobre um dado espaço geográfico em função de necessidades construídas coletivamente. Mendes (1996) compreende esse espaço como um território-processo, que não está estático, mas em constantes transformações a partir das relações nele estabelecidas. O entendimento desse processo é fundamental por adotar-se a concepção de saúde como algo contínuo ou dinâmico, no qual o indivíduo, os grupos e as comunidades estão em um intenso processo de adaptação ao meio (Silva, 2002).

No presente trabalho, no processo de identificação de necessidades, foi importante observar os padrões de mortalidade e de morbidade da população atendida, verificando que doenças afetavam esses indivíduos e como elas estavam distribuídas nesse grupo. Somou-se a isso a identificação de fontes e de comportamentos de risco para a saúde física

e mental dessa comunidade. Esses dados puderam ser, em parte, obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e tornaram-se um importante recurso para a realização do diagnóstico da população. Foi também considerada a demanda dos próprios usuários.

Deve-se ressaltar que a identificação das necessidades e o estabelecimento de prioridades foi uma ação conjunta do psicólogo e dos outros membros da equipe. Para tanto, verificou-se o que a equipe de saúde identificava como problema ou necessidade dos usuários e decidiu-se conjuntamente quais eram as prioridades daquela população e quais ações poderiam ser desenvolvidas. Esse planejamento conjunto ocorreu em reuniões específicas (denominadas reuniões administrativas) dedicadas ao estabelecimento de estratégias e de ações mais amplas que envolviam toda a equipe de saúde, e também à discussão de questões de gestão da unidade, rotinas, portarias e orientações do Governo Federal, Estadual e Municipal.

O plano de cuidados com os usuários era previamente definido pela equipe nas reuniões de discussão de família e replanejados a partir dos atendimentos realizados. Essas reuniões ocorriam semanalmente, e tinham o objetivo de discutir aspectos relacionados à saúde das famílias e também de informar e de atualizar os cadastros das mesmas.

As ações desenvolvidas

A atuação dos psicólogos nos núcleos pode ser dividida em duas frentes de trabalho: uma voltada para o suporte à equipe, outra para realizar intervenções com a comunidade adscrita.

Suporte à equipe

A inserção do psicólogo nessas unidades de saúde ocorreu a partir de uma avaliação, efetuada com os coordenadores dos núcleos

e a própria equipe, na qual se evidenciou a necessidade de uma intervenção com o objetivo de ajudá-los a analisar seus comportamentos no contato com a população e visando a melhorar as relações interpessoais entre os profissionais.

Foi realizada, nos cinco núcleos, uma intervenção grupal que empregava o Programa *Habilidades de Vida*, da Organização Mundial de Saúde, apresentado em Gorayeb et al. (2003), e a intervenção descrita em Minto, Pedro, Netto, Bugliani e Gorayeb (2006) para capacitar os profissionais a lidarem melhor com situações do cotidiano, desenvolvendo habilidades sociais, afetivas e cognitivas.

Posteriormente, a partir da necessidade de cada NSF, foram realizadas outras intervenções grupais específicas com toda a equipe ou com parte desta (como o grupo de agentes comunitárias) a partir de temas estabelecidos por eles, como: divisão e organização do trabalho, relacionamento interpessoal dos profissionais, comunicação assertiva e dificuldades encontradas no trabalho com usuários portadores de transtornos mentais, entre outros.

O psicólogo também auxiliou os profissionais a compreenderem melhor algumas famílias/ indivíduos que exigiam maior atenção e planejamento de ações pela equipe. Essa intervenção ocorreu nas reuniões de discussão de família, momento em que estavam presentes todos os membros da equipe. Qualquer um dos profissionais podia trazer à reunião alguma situação em que tinha dificuldade ou dúvida sobre como agir.

Muitas vezes, a ação do psicólogo restringiu-se à reflexão do caso clínico na própria reunião, como também pôde resultar na realização de uma visita domiciliar e/ou de um atendimento individual (acolhimento) no próprio núcleo para compreender melhor a problemática e definir estratégias adequadas de ação. Os critérios para a realização da visita domiciliar ou para o atendimento na própria unidade dependiam

das condições de saúde do usuário, dos ganhos de ele comparecer à unidade e da necessidade dos profissionais em conhecer a residência.

O trabalho com a população atendida

Em relação aos usuários, o psicólogo realizou ações como: visitas domiciliares, atendimentos individuais, familiares e coordenação de grupos. Quanto às visitas domiciliares, podiam ocorrer com o agente comunitário ou com outro(s) membro(s) da equipe. Normalmente, elas eram solicitadas pela equipe de profissionais a partir da discussão coletiva dos casos.

Na atuação dos psicólogos do PAP, a visita domiciliar, como instrumento de trabalho, apresentou uma diversidade de funções, pois possibilitou identificar a condição sociocultural das famílias, conhecer a dinâmica familiar, assim como os seus hábitos, costumes e valores, compreender de forma ampliada a problemática experienciada pelo usuário e seus cuidadores, bem como identificar novas variáveis envolvidas no contexto familiar, fornecer orientações para prevenir e reduzir danos de forma pontual ou longitudinal, fortalecer o vínculo e a confiança entre a equipe e a população e prestar assistência psicológica a pacientes impossibilitados de chegar até a unidade de saúde.

Principalmente para as famílias em vulnerabilidade social ou para as que apresentavam resistência no contato com a equipe, a visita domiciliar podia ser muito eficaz, já que possibilitava uma aproximação sucessiva àquele núcleo familiar, de forma a conhecer os recursos e os limites que os indivíduos vivenciavam, e a aquisição de maiores informações para a formulação de um plano de cuidados coerente e exequível. Pode-se, com esse instrumento de atuação, acompanhar a saúde integral dos indivíduos e das famílias, o que permite compreender o indivíduo como ser biopsicossocial e desenvolver práticas mais humanizadas.

Nos NSF's nos quais os psicólogos do PAP estavam inseridos, a visita domiciliar foi bastante empregada, sendo realizada somente pelo psicólogo ou acompanhado de outros profissionais de forma bastante integrada. No estudo de Oliveira, Krull e Figueiredo (2009), verificou-se que o plano de visitas é elaborado de forma individual, sem o estabelecimento de objetivos e metas coletivas, o que não se constatou nas ações aqui descritas devido ao planejamento anterior que era realizado junto com toda a equipe de saúde. Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais do PAP para a implementação da visita, a falta de privacidade foi uma delas, em que a presença de membros da família (crianças, adolescentes, outras pessoas) impedia ou prejudicava o estabelecimento de condições apropriadas para uma escuta acolhedora e para a intervenção necessária. Outras duas limitações desse instrumento de trabalho foram: não encontrar o usuário em seu domicílio e ele/ela não querer receber os profissionais de saúde em sua casa. Diante dos pontos acima descritos, cabe ao psicólogo avaliar o contexto existente, ter uma postura ética e, assim, respeitar os limites e as particularidades das situações e das pessoas envolvidas; quando avaliada a necessidade, oferece-se um atendimento na unidade de saúde.

Os atendimentos individuais ou familiares na unidade de saúde abarcavam modalidades como: acolhimento (suporte psicológico), triagem e atendimento individual breve. O acolhimento foi um atendimento pontual; nele, o psicólogo buscou ouvir as queixas do usuário, fornecendo suporte e atenção ao sofrimento psíquico, e aliviar e/ou amenizar o sofrimento e o sintoma, de forma a poder auxiliar o paciente na compreensão do próprio sofrimento. Essa modalidade de atendimento foi indicada quando a pessoa ou a família vivenciava alguma dificuldade ou desajuste emocional pontual, e podia ser solicitada pelo próprio indivíduo/família ou identificada por algum membro da equipe.

A triagem objetivou avaliar as queixas e os sintomas relatados pelo usuário, verificar a sua intensidade e frequência e identificar fontes de estresse, limitações, recursos pessoais e suporte social. Com essa avaliação mais acurada, pode-se propor, se necessário, um seguimento para o caso, como atendimento psicológico breve, atendimento por outro membro da equipe de saúde da Atenção Básica ou encaminhamento para outro nível de atenção.

No atendimento individual breve, o psicólogo estabeleceu uma problemática a ser analisada a fim de minimizar o sofrimento psicológico e ampliar os recursos e o repertório comportamental do paciente. Ressalta-se que há casos em que o alcance dessa modalidade de atendimento não é suficiente, sendo adequado o seguimento psicológico realizado em serviços de saúde mental especializados (níveis de atenção secundário e terciário).

Ações grupais

Os grupos constituíram a principal forma de atuação dos psicólogos com os usuários. Geralmente, a sua coordenação era realizada pelo psicólogo e por outros profissionais da equipe, como enfermeiras, agentes comunitários, alunos e residentes que estavam na unidade.

Para a realização das ações grupais, são levados em consideração estudos da Organização Mundial de Saúde que apontam alguns fatores de risco como responsáveis pela maioria das doenças crônicas não transmissíveis, dentre eles: tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, dislipidemias, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e inatividade física (Brasil, 2009).

A identificação desses fatores de risco torna-se importante medida para a prática dos psicólogos que atuam na Atenção Básica. A composição dos grupos deve ter como foco principal a intervenção nesses fatores de risco à saúde da população, visando alcançar mudanças comportamentais que possibilitem melhor qualidade de vida.

Quanto às modalidades grupais realizadas, havia grupos abertos e fechados. Com relação ao tempo de duração, havia tanto grupos com número de encontros pré-estabelecidos como aqueles com tempo indeterminado, sendo que esses últimos perduravam enquanto houvesse demanda para sua ocorrência. As intervenções grupais eram realizadas com maior frequência na própria unidade de saúde, mas também ocorriam em espaços da comunidade (escolas, igrejas, casa do usuário).

Quanto aos objetivos dos grupos, pode-se classificá-los em: educativos/reflexivos e de socialização. Os grupos educativos/reflexivos eram destinados a promover um espaço de troca de experiências e a fornecer informações relevantes ao processo saúde-doença. Essas intervenções grupais almejavam o desenvolvimento da autonomia e do autocuidado dos participantes. Dentre as intervenções realizadas, havia os grupos de promoção de saúde, como o grupo *Vida saudável*, em que os temas foram elencados a partir do interesse e da necessidade dos participantes. Nesses grupos, foram abordadas temáticas como: família, autoconhecimento, beleza, meio ambiente, trabalho, lazer e alimentação. Ainda dentro dos grupos educativos, houve os de prevenção primária, como os de reeducação alimentar, e o grupo de pais, em que havia uma temática específica que permeava a ocorrência de todos os encontros. Esses grupos eram conduzidos a partir da identificação das necessidades dos usuários. Também houve grupos de prevenção secundária, como os de hipertensão arterial e diabetes, em que os participantes já tinham a doença e o grupo oferecia a oportunidade de compartilhar vivências, esclarecer dúvidas e obter informações específicas da sua condição de saúde. Nessa modalidade grupal, parte-se do princípio que a informação em si não é suficiente para a sensibilização das pessoas (Silva, 2002), e que se necessita de um espaço de reflexão do próprio sujeito quanto às suas necessidades, valores e desejos, bem como apoio, orientação do psicólogo e suporte do próprio grupo. A seguir, apresenta-se a Tabela 1, com a descrição de alguns dos exemplos de grupos educativos/reflexivos realizados nos NSF.

Tabela 1. Descrição dos objetivos de grupos educativos/reflexivos realizados nos NSF's

| Grupos educativos | Objetivo geral |
|----------------------|---|
| Reeducação alimentar | Oferecer apoio, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, troca de experiências e estratégias facilitadoras que possibilitassem mudanças comportamentais. |
| Diabetes | Discutir e orientar sobre a diabetes e suas complicações, estimulando uma postura pró-ativa para o cuidado com a saúde e mudanças comportamentais que pudessem favorecer um estilo de vida saudável. |
| Orientação de pais | Oferecer orientações, acolhimento, apoio, troca de experiências e recursos facilitadores na educação dos filhos, a fim de proporcionar-lhes reflexão sobre o quanto a problemática da criança pode ser melhorada a partir da conduta adequada dos pais. |
| Educação na escola | Discutir temas relacionados à educação, promoção e proteção da saúde de jovens e adolescentes. |
| Vida saudável | Discutir e orientar sobre temas diversos elencados pelos participantes visando à promoção de saúde e de cidadania. |

Quanto aos grupos de socialização, tinham por objetivo fortalecer os vínculos entre os usuários, o que pode favorecer o estabelecimento de uma rede de apoio, de fundamental importância para o enfrentamento de doenças e de adversidades da vida bem como para a promoção da qualidade de vida. Esses grupos também buscavam proporcionar um estreitamento da relação das famílias com a equipe de saúde. Como exemplos, cita-se o grupo de mulheres idosas e o de integração de homens idosos; ambos visavam oferecer orientações, acolhimento, apoio, troca de experiências e auxílio no enfrentamento de situações características de sua idade e posição na família. Nesses dois grupos, havia um grande envolvimento dos participantes com a organização de eventos da unidade, como a festa junina.

Todas as intervenções desenvolvidas pelo PAP *Promoção de Saúde na Comunidade* partiam do princípio que se deve respeitar a singularidade das pessoas, dos grupos e das comunidades e os seus posicionamentos quanto a sua própria saúde e vida. Trabalhar com saúde requer um olhar dos profissionais para os valores e os projetos de vida dos usuários (Silva, 2002).

Para auxiliar no desenvolvimento das atividades grupais, os psicólogos faziam uso de recursos facilitadores como: técnicas de dinâmica de grupo, discussões em subgrupos, troca de experiências e recursos audiovisuais. Empregaram-se as metodologias participativas (Silva, 2002) e técnicas cognitivas e comportamentais (Rangé, Gorayeb, Lettner, Oliveira, Souza, & Conceição, 1995) que possibilitavam e facilitavam aos integrantes de um grupo vivenciar sentimentos, identificar percepções, refletir e ressignificar seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de mudanças.

Considerações finais

Acredita-se que o PAP *Promoção de Saúde na Comunidade* pode contribuir para uma formação adequada de psicólogos que pretendem atuar na área da Atenção Básica, pois os aprimorandos desenvolveram suas ações em unidades de saúde vinculadas ao SUS, o que lhes permitiu um contato com a realidade do funcionamento dos serviços públicos brasileiros e com a população que os frequentava, além de acesso ao trabalho em equipe e à supervisão semanal de sua atuação.

A partir da prática relatada, sugere-se que o profissional esteja atento aos diferentes perfis sociodemográficos da população, buscando sempre avaliar as necessidades da instituição e dos usuários. Ressalta-se também a importância das intervenções psicológicas nos fatores de risco à saúde da população, visando-se alcançar mudanças comportamentais nos indivíduos que possibilitem melhor qualidade de vida e controle sobre sua saúde.

Para que o psicólogo atue de forma efetiva, é de profunda relevância que a equipe em que ele se encontra inserido seja articulada e tenha rotinas de funcionamento que permitam

o planejamento conjunto dos casos e das ações a serem desenvolvidas, bem como o acompanhamento e a avaliação dessas ações.

Dentre as prioridades do PAP *Promoção de Saúde na Comunidade*, intenciona-se futuramente publicar as intervenções citadas acima, de modo a descrevê-las com mais informações e a demonstrar sua efetividade. Destaca-se a necessidade da pesquisa na construção das novas práticas do psicólogo na APS, pois é a partir do estudo do que tem sido realizado e de seus efeitos que se pode analisar a efetiva contribuição da Psicologia para a melhoria das condições de saúde da população.

Ricardo Gorayeb

Professor associado do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Livre Docente.
Email: rgorayeb@fmrp.usp.br

Camila Dellatorre Borges

Psicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Mestre em Psicologia. São Paulo – SP – Brasil.
E-mail: camidborges@yahoo.com.br

Cassiana Moraes de Oliveira

Psicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Mestre em Psicologia. São Paulo – SP – Brasil.
E-mail: cassianamoraes@gmail.com

Endereço para envio de correspondência:

Hospital das Clínicas (FMRP-USP) Serviço de Psicologia (3ª. Andar) - Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Av. Bandeirantes, n. 3900. Bairro: Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo – SP - Brasil.
CEP: 14040-900.

Recebido 20/4/2010, 1ª Reformulação 15/3/2012, Aprovado 13/4/2012.

Referências

- Andrade, A. N. (2007). Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. *Psicologia Política*, 13(1), 35-46.
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., Fonseca, C. D., & Harzheim, E. (2004). A Estratégia Saúde da Família. In B. B. Duncan, M. I. Schmidt & E. R. J. Giugliani (Orgs.), *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências* (pp. 88-100). Porto Alegre: ARTMED.
- Andrade, J. F. S. M., & Simon, C. P. (2009). Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. *Paidéia*, 19(43), 167-175.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional* (E. O. Diehl, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Recuperado em 30 março, 2010, de http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/2008/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20da%20Reformula%C3%A7%C3%A3o%20da%20Portaria_N%C2%BA154.doc

- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Autor.
- Caccia-Bava, M. C. G. G., Teixeira, R. A., & Pereira, M. J. B. (2007). *A arena política da territorialidade*. (Relatório técnico – Notas Didáticas, n.22). Ribeirão Preto, SP: FMRP-USP.
- Clemente, A., Matos, D. R., Grejanin, D. K. M., Santos, H. E., Quevede, M. P., & Massa, P. A. (2008). Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 176-184.
- Costa, D. F. C., & Olivo, V. M. F. (2009). Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1385-1394.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Dimenstein, M. D. B. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Dimenstein, M. D. B. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública*, 13(5), 341-345.
- Franco, A., & Mota, E. (2003). Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 50-59.
- Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores da prática psicológica na Atenção Básica: em busca da integralidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 840-853.
- Gama, C. A. P., & Koda, M. Y. (2008). Psicologia comunitária e Programa de Saúde da Família: relato de uma experiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 418-429.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 263-278). Londrina, PR: Editora UEL.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(Spec.), 115-122.
- Gorayeb, R., Netto, J. R. C., & Bugliani, M. A. P. (2003). Promoção de saúde na adolescência: experiência com programas de ensino de habilidades de vida. In Z. A. Trindade & A. N. Andrade (Orgs.), *Psicologia e saúde: um campo em construção* (pp.89-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goya, A. C. A., & Rasera, E. F. (2007). A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. *Horizonte Científico*, 1(7), 1-21. Recuperado em 22 julho, 2008 da Horizonte Científico: <http://www.horizontecientifico.propp.ufu.br/include/>
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 561-568.
- Miriani, J. (2004). *Práticas psicológicas nas unidades básicas de saúde e psicologia social comunitária: desafios e possibilidades*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Moré, C. L. O. O., & Macedo, R. M. S. (2006). *A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alvarenga, A. R., Carvalho, D. B. et al. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 1X(17), 71-89.
- Oliveira, E. L. C., Krull, L. S., & Figueiredo, S.V. (2009). A visita domiciliar na estratégia saúde da família sob os aspectos do planejamento e da abordagem familiar. Monografia de especialização. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 30 outubro, 2011, de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-536151>
- Rangé, B., Gorayeb, R., Lettner, H. W., Oliveira, C. M. F., Souza, C. R., Conceição, D. B. et al. (1995). Glossário de técnicas. In B. Range (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 281-298). Campinas, SP: PSY.
- Ronzani, T. M., & Rodrigues, M. C. (2006). O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(1), 132-143.
- Santos, L. M., Ros, M. A., Crepaldi, M. A., & Ramos, L. R. (2006). Grupo de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista Saúde Pública*, 40(2), 346-352.
- Silva, L. A. V., Oliveira, R. F., & Franco, A. L. S. (1998). Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-Bahia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 605-620.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor.
- Sousa, V. D., & Cury, V. E. (2009). Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1429-1438.
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 515-523.
- Spink, M. J. P. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia da saúde: repensando práticas* (pp.11-22). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J. S., Santos, L., & Gamba, E. A. C. (2007). A inserção do psicólogo em serviços de saúde vinculados aos SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In M. J. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 53-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* (F. Translations, trad.). Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectiva e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.
- Velasques, M. B. (2003). *Intervenções de psicólogos nas unidades básicas de saúde do grande ABC*. Dissertação de mestrado. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP.