

A importância dos profissionais de Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a experiência de uma psicóloga residente

The importance of Psychology professionals in the Family Health Strategy: the experience of a resident psychologist

Dávila Natanny Machado

Psicóloga, Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde, Escola de Saúde Pública do Ceará.

E-mail: davilamachado2014@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7831-5219

Israel Coutinho Sampaio Lima

Enfermeiro, Mestre em Saúde da Família, Doutorando em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará.

E-mail: isracoutinho@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-1929-6142

Sofia Dionizio Santos

Psicóloga, Mestre em Psicologia, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Docente da Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: sofia.dionizio@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-2874-3223

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência de uma psicóloga residente em Saúde da Família e Comunidade, destacando a importância dos profissionais de psicologia nas ações da Estratégia Saúde da Família.

Método: O presente estudo trata de um relato de experiência ancorado na proposta de sistematização de Holliday. **Resultados:** Os resultados demonstram a grande relevância do processo de territorialização para a inserção da psicologia na Estratégia Saúde da Família, permitindo a compreensão do contexto e caminhos para intervenções adequadas. As ações da psicologia buscam desenvolver processos de autonomia, empoderamento e bem-estar. Nesse âmbito, encontram-se dificuldades relacionadas à forte presença do modelo biomédico em detrimento ao modelo psicossocial, assim como pouca abertura para o trabalho interprofissional e vínculos de trabalho frágeis que produzem processos de trabalho precarizados. A territorialização permite que o agir seja contextualizado, com intervenções baseadas no olhar para a subjetividade, construindo processos de transformação e reinvenção de si. **Conclusão:** Compreende-se que o psicólogo é importante, neste cenário, por desenvolver seu trabalho, de modo coletivo e colaborativo, buscando o desenvolvimento dos sujeitos através de ações ampliadas.

Palavras-chave: Psicologia; Estratégia Saúde da Família; Saúde Coletiva.

Abstract

Objective: To report the experience of a resident psychologist in Family and Community Health, highlighting the importance of psychology professionals in the actions of the Family Health Strategy.

Method: The present study is an experience report anchored in Holliday's systematization proposal.

Results: The results demonstrate the great relevance of the territorialization process for the insertion of psychology in the Family Health Strategy, allowing the understanding of the context and paths for appropriate interventions. Psychology actions seek to develop processes of autonomy, empowerment and well-being. In this context, there are difficulties related to the strong presence of the biomedical model to the detriment of the psychosocial model, as well as little openness to interprofessional work and fragile work links that produce precarious work processes. Territorialization allows action to be contextualized, with interventions based on looking at subjectivity, building processes of transformation and reinvention of the self. **Conclusion:** It is understood that the psychologist is important, in this scenario, as they develop their work, collectively and collaboratively, seeking the development of subjects through expanded actions.

Keywords: Psychology; Family Health Strategy; Public Health.

Introdução

O processo de reestruturação do campo da saúde teve como base os movimentos sociais da década de 1970 e 1980, durante o processo de redemocratização do Brasil, por meio do Movimento da Reforma Sanitária, palco de embates no campo social e político. Seus principais atores foram grupos de diferentes origens sociais, gênero, etnias, que se interessavam por mudanças nas ações em saúde, lutando para constituí-la como um direito de todos e dever do Estado.¹

Essas reivindicações impulsionaram a criação de um novo sistema, sendo construído por meio de um modelo ampliado de saúde, que considerasse os aspectos epidemiológicos e sociais das coletividades. Nascia, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), sob uma nova lógica de assistência, que deu início à reorientação de todos os cuidados em saúde no Brasil, e, no decorrer dos anos, passou a organizar a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).²

As mudanças também provocaram, como consequência, transformações na prática da Psicologia na Saúde Coletiva, caracterizando-se como um campo desafiador. Essa nova área de atuação vem demandando uma reinvenção nos processos de trabalho, mas a prática ainda se restringia ao trabalho clínico, em ambulatórios e hospitais de saúde mental. Os movimentos sociais buscavam modificações no campo da saúde, agora coletiva, destacando a importância da promoção da saúde e da perspectiva de um cuidado integral. Para isso, as novas práticas em saúde necessitam de equipes multiprofissionais, transformando o cenário de trabalho da Psicologia, que ganha espaço de atuação na comunidade e nas unidades de APS.³

Neste campo de atuação, os psicólogos precisam conhecer o território, a história do lugar, considerando os recursos existentes, os fatores ambientais de risco e as vulnerabilidades socioculturais, tais como: renda familiar, nível de ensino, ocupação, saneamento básico, fornecimento de energia, coleta de lixo, transporte, lazer, grupo sociais distintos, rede de serviços de saúde e assistência social. Além disso, é preciso identificar e reconhecer as relações de poder presentes em cada território, tais como lideranças e grupos reconhecidos pela comunidade.⁴

São estes elementos que tornam o trabalho no território potente, por se constituir de elementos vivos, que se transformam constantemente, diante do olhar de cada profissional. É esse olhar,

quando próximo das necessidades dos sujeitos, que irá potencializar mudanças na saúde dos indivíduos e das coletividades, pois o trabalho territorializado permite aos sujeitos a liberdade, a interação entre usuário(s) e profissional(is), permitindo o cuidado contextualizado.⁵

É importante refletir e discutir sobre o trabalho na saúde, com foco nas necessidades dos usuários, na qualificação, na adequação dos profissionais para um dado tipo de serviço e no desejo destes profissionais em desenvolver o trabalho. Os modelos mecanicistas não são adequados para atuação na Saúde Coletiva, pois o SUS preconiza um trabalho colaborativo em rede de saúde. O trabalho no SUS busca as diversas linhas de saberes, as diversas profissões, essas especialidades devem trabalhar em torno de um processo interrelacional e interdisciplinar, buscando o compartilhamento de compromissos e de ações no cuidado em saúde.¹

Desta forma, o presente estudo buscou relatar a experiência de uma psicóloga residente em Saúde da Família e Comunidade, destacando a importância dos profissionais de Psicologia nas ações da Estratégia Saúde da Família.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência, ancorado na proposta de sistematização formulada por Holliday.⁶ Ao escolher esta abordagem, explicita-se uma compreensão da experiência como um processo social dinâmico e complexo, cuja apropriação e compartilhamento dependem da interpretação crítica por meio da sistematização. Assim, foi possível reconstruir e reordenar os fatos vivenciados, levando à reflexão crítica sobre as experiências vividas e à produção de novos e enriquecedores conhecimentos.

A experiência foi vivenciada nas Unidades Primárias de Saúde (UPS) dos bairros Conjunto Esperança e Vila São Paulo, que compõem, respectivamente, a 7ª e a 17ª áreas adscritas de saúde do município de Quixeramobim, Ceará, Brasil, territórios em que se manifestam muitas vulnerabilidades sociais. No Conjunto Esperança, registra-se uma população de aproximadamente 5.566 pessoas, já na Vila São Paulo, a população é de aproximadamente 3.785 pessoas.

A população desses bairros é atendida por duas equipes da ESF, compostas por: médico, enfermeira, dentista, agentes comunitários de saúde (ACS), recepcionistas, auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal, auxiliar de serviços gerais e segurança. As equipes e os usuários recebem, também, apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), em que atuam psicólogo, fisioterapeuta e assistente social.

Este relato sistematizou a experiência vivida como residente de psicologia neste cenário de atuação, nos anos 2019, 2020 e 2021, período de duração da Residência Integrada em Saúde (RIS) pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Seguiu-se o método de sistematização em cinco tempos, sugerido por Holliday⁶, apresentado detalhadamente no Quadro 1, possibilitando reconstruir a inserção, os desafios e as conquistas dessa experiência.

Os dados foram sistematizados para a análise conforme Holliday⁶, que compreende que a experiência deve ser organizada, classificada e analisada por partes, buscando, assim, identificar as inquietudes, os nós críticos que se acentuam no decorrer da vivência e são passíveis de discussão. A análise de dados, além de seguir as orientações de Holliday, foi amparada em referencial teórico contemplando a interface entre Psicologia e Saúde Coletiva. Nesse sentido, autores como Campos^{1,7} fundamentaram reflexões sobre o SUS e sobre a Saúde Coletiva, Dimenstein⁸, Dimenstein e Macedo⁴ e Alexandre e Romagnoli² foram tomados como referências para as discussões sobre as

práticas psicológicas na ESF, e Ellery⁹, na perspectiva do trabalho colaborativo das equipes de saúde da família.

A trajetória desta atuação foi reconstruída, ordenada e interpretada de forma crítica, produzindo compreensões sobre o início do caminhar do psicólogo na ESF, as ações da Psicologia, neste contexto, as verdades tortuosas que orientam essa inserção e as recompensas do trabalho da Psicologia na ESF.

Por se tratar de um relato de experiência próprio, não se fez necessário parecer ético. A reflexão sobre a importância dos profissionais de Psicologia nas ações e serviços da ESF foi construída a partir da vivência e do olhar de uma psicóloga, residente em Saúde da Família e Comunidade, preservando o anonimato de usuários e trabalhadores que possam ter participado dessa experiência.

Resultados e Discussões

O início do caminhar do psicólogo na Estratégia Saúde da Família

O início do caminhar se desenvolveu a partir do processo de territorialização, buscando conhecer os principais equipamentos de saúde existentes no município e outros serviços da rede intersetorial, especialmente de Assistência Social e de Educação. Além disso, foram realizadas visitas a diversos locais, contribuindo para compreender as necessidades daquela população.

A territorialização permite a inserção dos profissionais na comunidade pelo reconhecimento do espaço vivo, com suas muitas transformações, diversas histórias, afetos, conflitos, aspectos sociais, econômicos, culturais e espirituais.^{10,11} Considerar o território de atuação é primordial, pois produz conhecimento sobre a população adscrita na localidade, permitindo identificar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) existentes.¹¹

De fato, a equipe de residência se inseriu no cenário de prática realizando tais reconhecimentos, compreendendo que o território se organiza em articulação com a estrutura de saúde do município e com os modos de vida dos sujeitos que ali residem. Para realizar qualquer intervenção em saúde, é importante compreender quais as necessidades de saúde dos sujeitos atendidos e como essas necessidades estão relacionadas aos DSS, possibilitando resultados mais abrangentes e significativos.

O processo de territorialização envolveu os residentes das três ênfases da RIS (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva), além da preceptoria e das equipes da ESF. Estruturou-se um cronograma para as visitas, iniciando-se pelos dispositivos de níveis secundário e terciário da rede de saúde que dão suporte à APS do município.

Constatou-se que a rede de saúde do município vem sendo estruturada e organizada com serviços de nível primário, secundário e terciário, os quais apresentaram inúmeros dispositivos de cuidado, entre eles: unidades da ESF, centros de reabilitação, serviços de saúde do trabalhador, serviços de atenção psicossocial e rede hospitalar. Evidenciou-se, portanto, que o município possui condições aceitáveis para o funcionamento de uma rede de saúde que contemple necessidades básicas de assistência.

Por outro lado, existem dificuldades relacionadas ao número insuficiente de profissionais para atender à demanda do município, o que pode representar uma falha da gestão local. Muitas vezes, a carência de profissionais, diante da alta demanda dos usuários do SUS, sobretudo na APS, causa restrição nas ações de promoção e prevenção. As limitações se agravam pela sobrecarga de trabalho

dos profissionais da saúde disponíveis, o que resulta em ações pontuais e curativistas, dificultando, desta forma, a contextualização do cuidado coletivo, baseado nos DSS.^{1,7,12}

Neste percurso para o reconhecimento do território, o diálogo com os ACS foi uma estratégia essencial, uma vez que eles apresentaram as diversas realidades, as principais demandas e as vulnerabilidades dos dois bairros. Contribuindo para o vínculo entre população e ESF, o ACS é o profissional que mais frequentemente adentra a casa das famílias, aproximando-se das particularidades e necessidades daquele lar. Logo, o trabalho colaborativo entre a equipe de residentes e os ACS foi de grande potência para o planejamento das ações coletivas no âmbito da comunidade.

Essa potencialidade do trabalho dos ACS se fortalece por eles serem moradores do território; eles vivenciam a comunidade, residem nela, o que os tornam sensíveis a muitas necessidades sociais e de saúde dos demais usuários.¹³ Desta forma, os ACS são profissionais fundamentais para o conhecimento do território, possibilitando a compreensão dinâmica da comunidade, por meio de narrativas vivas da microárea, que relatam anseios, medos e dificuldades enquanto profissionais.^{13, 14}

Adentrar o território na companhia dos ACS facilitou a construção de vínculos com as famílias, indivíduos e lideranças comunitárias. Nesse caminhar, identificaram-se fragilidades no saneamento básico, como ausência de esgoto e de água encanada, e na coleta de lixo, fatores que atuam como agravantes no processo saúde-doença. A violência relacionada ao consumo e tráfico de drogas lícitas e ilícitas também foi observada nestes territórios, além da violência doméstica, exploração sexual e outras situações de violação de direitos.

Diante de tais problemas sociais, é necessário ressaltar que o processo saúde-doença não está restrito a sintomas físicos. Ele envolve outras questões, que se relacionam com as condições de vida de cada sujeito e com as formas em que o território pode influir nesse processo.^{1,7,10,11,12} Por isso, o caminhar pelo território, sensível às diversas realidades, é uma atividade estratégica para os profissionais da APS.

O levantamento das necessidades do território, por meio de um perfil epidemiológico, geográfico, demográfico e social, tende a melhorar o cuidado em saúde direcionado à população, pois não se limita a padronizações técnicas, mas à realidade de cada local. Com base nesse pressuposto, foi possível perceber que as ações de reconhecimento das necessidades da população ampliaram o olhar dos profissionais que iniciaram seu processo de trabalho, condição necessária para uma atuação adequada às particularidades do território.^{10,11}

Nesse sentido, espera-se que o psicólogo recorra à sua própria sensibilidade e capacidade de interpretação da subjetividade humana, buscando um olhar mais profundo para compreender as diversas facetas que constituem o sujeito, abrindo caminhos para transformações. Por meio deste olhar ampliado, é possível que o psicólogo vá além dos atendimentos individuais, utilizando estratégias que acolham demandas manifestadas pelos sujeitos e sejam instrumentos de transformações.^{4,5,15}

Ações da Psicologia no contexto da Estratégia Saúde da Família diante do diagnóstico situacional

O cuidado da ESF é centrado nos sujeitos, logo, a organização do trabalho é baseada na demanda e em suas particularidades. Para tanto, esse processo de trabalho exige que o foco do cuidado seja realmente nos sujeitos e não na doença, inversão comum do modelo curativista praticado no Brasil por anos.^{2,3,16}

Dito isto, a Psicologia vem se inserindo na ESF e contribuindo para compreender e desenvolver formas de cuidado.^{2,3,4,5} Embora seja inegável o contexto de lutas e negociações pertinentes à construção social das práticas profissionais do psicólogo na ESF, é possível constatar uma vinculação entre a psicologia e a “subjetividade”, produzindo algum reconhecimento profissional e legitimidade social.¹⁷ A atuação do psicólogo, portanto, está voltada para a subjetividade: busca perceber o sujeito nas suas relações e percepções sobre si no mundo. Desta forma, os psicólogos tentam trabalhar com foco nas necessidades percebidas, por meio do cuidado humanizado, característico da APS, dando ênfase aos aspectos psicológicos e sociais do processo saúde-doença.^{4,5}

Assim, o olhar do psicólogo na ESF vem sendo implementado considerando as questões vividas e compreendidas na comunidade, buscando trabalhar com o que os usuários já possuem, em ações que os envolvam no processo de cuidado.⁵ Desse modo, a práxis do psicólogo, nos diversos contextos, e, em específico, na APS, deve favorecer o bem-estar, a autonomia, o empoderamento para o autocuidado, o qual possa fortalecer os elos com os diversos setores das políticas públicas como forma de promoção da saúde e da cidadania.^{2,3,4,5,8}

Ao caminhar pelo território, vivenciando as reais necessidades e mecanismos de apoio social, foi possível planejar ações de promoção do bem-estar e de desenvolvimento dos sujeitos, tendo como meio a ESF. Percebeu-se, assim, que, em muitos casos, as pessoas que precisavam de cuidados, sequer reconhecem isso como uma necessidade ou como um direito garantido pela Constituição brasileira de 1988.

As dificuldades elencadas demandam soluções que não se restringem à atuação dos profissionais de saúde, nem dependem unicamente do esforço da comunidade, como quando se fala do reduzido quadro de profissionais para atender à alta demanda de usuários que buscam os serviços de saúde, além de questões como saneamento básico e violência, que se caracterizam como problemas de ordem maior. Esse cenário, semelhante ao de muitas outras comunidades no Brasil, evidencia a importância da participação social como parte fundamental da consolidação do direito à saúde. Embora existam indícios de apropriação social do SUS pelos usuários, ainda persistem dificuldades para que eles se percebam como atores políticos.^{1, 18}

No âmbito das ações de saúde voltadas às demandas da população, buscou-se desenvolver o bem-estar, a autonomia e o empoderamento dos sujeitos,¹ como objetivo do fazer da Psicologia neste contexto. Diante disso, foram realizadas atividades nas escolas, em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE), promovendo orientações às crianças e adolescentes sobre o consumo de álcool de outras drogas, na modalidade de rodas de conversa, expondo o tema e esclarecendo dúvidas.

No tocante às necessidades voltadas para o enfrentamento à violência doméstica, foram abordadas por meio de contato direto ou em grupos, sempre priorizando processos dialógicos, troca de saberes e experiências, sobre a temática discutida, entre os envolvidos. Desta forma, foi possível ressaltar a importância de problematizar de forma pública este assunto, como estratégia que pudesse auxiliar na redução dos casos de violência e feminicídio. Essas ações foram desenvolvidas a partir do encontro com os atores sociais, nas salas de espera das unidades da ESF, nos grupos operativos e nas consultas compartilhadas.

Essas experiências permitem refletir sobre a pertinência dessas diferentes estratégias de intervenção no contexto da saúde. Os grupos operativos são muito utilizados na construção de cuidado na APS, pois são desenvolvidos na perspectiva do cuidado integral em saúde.¹⁹ Atividades realizadas nas salas de espera promovem interação entre profissionais e usuários, facilitam o acesso à informação e favorecem processos de escolha e alterações no estilo de vida.²⁰

Na perspectiva aqui adotada, consideram-se os estilos de vida não como uma normatização de comportamentos saudáveis e responsabilização individual, mas como uma produção social complexa, resultado de fatores socioculturais estruturantes e de processos de subjetivação ao longo da vida.²¹ Portanto, como ação de promoção da saúde, a intervenção em sala de espera desenvolveu-se sempre com uma postura dialógica, considerando a autonomia relativa e o contexto dos usuários, mas, ainda, possibilitando trocas e promovendo um cuidado em saúde pautado pelas necessidades reveladas.

As consultas compartilhadas proveem uma atenção que não se limita à avaliação clínica biomédica¹, focada apenas no sintoma físico. Nesse sentido, a Psicologia pode construir, conjuntamente com outros profissionais e com os usuários, demandas que emergem da queixa manifesta.²² Nessa modalidade de cuidado, os atendimentos são realizados por equipes multiprofissionais e interprofissionais, sem esquecer das funções e especificidades de cada núcleo do saber.²³

Em casos de exploração sexual que chegaram às unidades de saúde, foram realizadas ações em conjunto com a rede intersetorial, buscando elaborar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), com o intuito de gerar um processo de transformação da situação de saúde dos sujeitos envolvidos, sempre com a participação das pessoas inseridas na problemática. A maior parte dessas demandas chegavam através da rede intersetorial, como casos em acompanhamento. É importante refletir que o trabalho com base no PTS desenvolve planos de ação e salienta a necessidade da participação do sujeito no seu cuidado em saúde, com o objetivo de fortalecer a autonomia do usuário, dando-lhe a possibilidade de atuar ativamente nas intervenções.^{3,4,24}

As ações citadas vão ao encontro do processo de desenvolvimento da autonomia, empoderamento e bem-estar, possibilitando inserir os sujeitos no processo de cuidado, colocando-os como peças fundamentais neste processo. A autonomia depende de alguns fatores, um deles é o acesso à informação, visto que, é a partir da compreensão dos fenômenos vividos que o processo de interpretação crítica da realidade passa a ser percebido e praticado.²⁵

Assim, considerando que o leque de ações possíveis depende da estrutura e das “brechas” encontradas na organização da ESF,¹⁷ destaca-se que todas as propostas de cuidado relatadas foram realizadas por meio do trabalho intersetorial, com a participação de outros setores responsáveis pela execução de políticas públicas, como a assistência social e a educação. As intervenções tiveram como base a Portaria nº 3.088,²⁶ de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que destaca a relevância do PTS no processo de cuidado dos sujeitos, e a Portaria nº 2.436,²⁷ de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e prevê a realização de consultas compartilhadas.

Verdades tortuosas sobre a inserção do psicólogo na Estratégia Saúde da Família

As ações e as intervenções elencadas foram realizadas com a intenção de construir um caminho para a transformação do modo de cuidar da saúde, nos referidos contextos, levando em consideração o modelo psicossocial, em oposição ao modelo biomédico, ainda presente na APS. Diante desse fato, algumas ações e intervenções se concretizaram e outras encontraram algumas barreiras.

A valorização do cuidado baseado na cura do sintoma, exemplificado pelo alto índice de renovação de receitas de psicofármacos e medicamentos de controle da pressão arterial, sem um acompanhamento contínuo, foi uma das principais dificuldades vivenciadas durante o caminhar entre as equipes da ESF. As justificativas apresentadas pelos profissionais da ESF, que dificultariam

a prática do cuidado ampliado, são excesso de demanda, cobranças por produtividade e por resultados no que se refere ao número de atendimentos realizados.^{2,3,28,29}

Práticas de cuidado fragmentadas ou não centradas no sujeito fizeram parte da experiência, ocorrendo muitos momentos em que atendimentos clínicos individuais foram priorizados por grande parte dos profissionais e usuários, em prejuízo de outras modalidades com maior potencial para contemplar a atenção integral. Essas dificuldades persistiram, mesmo com o insistente processo de mobilização dos profissionais que fizeram a RIS, por meio de convites à equipe e aos usuários, para a estruturação de grupos ou de outras ações voltadas para um cuidado integral. As ações idealizadas tiveram poucas chances de serem efetivadas, haja vista a consolidação das práticas biomédicas de atenção à saúde.^{2,3}

Em meio às tentativas, promovidas em reuniões de planejamento, de propor ações para um cuidado integral e interprofissional nas unidades da ESF, os profissionais da RIS empenharam-se em problematizar o contexto, os sujeitos, as configurações sociofamiliares e demais elementos antropológicos e culturais que convergem para as condições de saúde da população observada. Apesar disso, observou-se grande dificuldade, por parte dos profissionais e usuários do serviço de saúde, de aceitação e concretização de práticas baseadas no modelo psicossocial, com ênfase no cuidado humanizado, a partir de um processo de responsabilização e inserção do sujeito no cuidado à saúde.

Essas dificuldades, ligadas, principalmente, à resistência em aderir às propostas de realização de grupos, ações de educação em saúde e outras iniciativas apresentadas pela equipe da RIS, para os profissionais do serviço. Desse modo, fazem-se necessárias estratégias e orientações que ajudem os profissionais a buscarem práticas inovadoras que promovam ações em saúde de forma contextualizada e humanizada.^{2,5,28}

Diante disso, foi possível perceber o quanto o modelo biomédico, curativista, baseado na cultura medicalizante, toma uma proporção mais importante diante da complexidade que é o ser humano.¹ Nesta perspectiva, o sujeito é despersonalizado, a patologia é descontextualizada e torna-se o foco da atenção de saúde, tanto por parte da maioria dos profissionais, quanto dos usuários.^{3,4} Este é um problema que dificulta a construção do trabalho e a promoção de um cuidado amplo para o(s) sujeito(s), considerando as singularidades individuais, do contexto e da cultura.²⁹

Esses desafios também expõem um aspecto fundamental do momento atual de inserção do psicólogo na ESF. Pode-se considerar que existe um paradoxo da prática psicológica na ESF que dificulta o reconhecimento e conquista de autonomia deste profissional: por um lado, ocupando o lugar de "especialista em subjetividade", muito requisitado diante das lacunas, num cenário de hegemonia biomédica, por outro, convocado, pela singularidade de seu "objeto", a desconstruir engessamentos "especialismos" e promover processos criativos no cuidado em saúde.¹⁷

Com base no princípio da integralidade, busca-se trazer o sujeito para o centro do cuidado, corroborando a proposta de cuidado amplo e contextualizado.¹ Porém, por vezes, o cuidado se configura como uma prática descontínua, seja pela falta de sensibilidade ou de habilidades que parte dos profissionais demonstram, diante da subjetividade manifesta pelo sujeito a ser cuidado, ou pelos processos de trabalho fragmentados, que dão continuidade a um modelo de saúde que enfatiza indivíduos mecânicos, como engrenagens que precisam de conserto. Esta lógica fragmentada e mecanicista não se alinha às práticas da Saúde Coletiva, as quais buscam um processo de trabalho interprofissional, colaborativo e criativo.³⁰

Como agravante, é importante destacar dificuldades na abertura para o trabalho interprofissional,

o que inviabiliza o necessário processo de responsabilização de todos os núcleos profissionais para a prática da interprofissionalidade, pensando que nenhuma disciplina consegue abarcar toda a complexidade dos sujeitos. Fatores como esse não favoreceram o desenvolvimento do trabalho integral nessa experiência, como se espera na APS.

Os núcleos profissionais devem desenvolver as suas ações mediante as especificidades de cada um, de forma complementar, buscando atender às necessidades dos sujeitos. A busca por esta prática interprofissional, um trabalho compartilhado, colaborativo, tem o objetivo de suprir as fragmentações das ações em saúde que vêm sendo praticadas ao longo dos anos.²⁵

Assim, é preciso que o trabalho do psicólogo seja coletivo, integrado, compartilhado, portanto, interprofissional.^{4,5} Segundo Ellery,¹² deve-se buscar a socialização, com a integração de conhecimentos para o desenvolvimento de práticas colaborativas entre os profissionais envolvidos no processo de trabalho em saúde. Esse processo de trabalho, baseado na interprofissionalidade, busca modificar a atuação dos profissionais que trabalham com foco nas diferenças, pressupondo um movimento de interação e compartilhamento de conhecimento pelos profissionais, e possibilitando que o usuário seja um sujeito ativo no seu processo de cuidado.

Além dessas dificuldades, a vinculação dos profissionais com o território vivenciado apresentou-se muito frágil, já que os únicos profissionais concursados são os ACS. Médicos, enfermeiros e dentistas são prestadores de serviço, desse modo, são contratados por meio de seleção, com vínculo de trabalho temporário. Vínculos frágeis produzem processos de trabalho precarizados, que distorcem a essência das ações de cuidado nos serviços de saúde, prejudicando a concretização da interprofissionalidade e da construção de um cuidado amplo, contextualizado e integral.³¹

É preciso que o modo de organização dos processos de trabalho esteja alinhado com as políticas do SUS e a perspectiva da Saúde Coletiva.^{1,7,31} São estas políticas que promovem processos criativos e críticos, os quais facilitam que os trabalhadores entendam o contexto, as reais necessidades em saúde da população, buscando incluir os sujeitos no processo do cuidado, permitindo a participação de cada um.

A recompensa do trabalho da Psicologia na Saúde Coletiva

A experiência da Psicologia no campo da Saúde Coletiva, conforme vivenciada e relatada aqui, fez emergir diversas reflexões e sentimentos, em um processo que envolveu o crescimento pessoal e profissional diante dos desafios do trabalho coletivo e interprofissional exigidos nesta prática.

As recompensas se delineiam a partir do contato do profissional com o território, os usuários e os serviços da ESF. Nestes encontros, as problemáticas referentes ao processo de territorialização, às intervenções em saúde, e às modalidades de cuidado na APS, possibilitaram uma reconstrução do fazer, enquanto psicóloga, diante da multiplicidade de diálogos entre o que a teoria preconiza e o que a prática concretiza.

A territorialização possibilitou maior conhecimento sobre o agir contextualizado, algo já essencial no fazer do psicólogo. Além disso, apontou as especificidades do trabalho da Psicologia na Saúde Coletiva, evidenciando que, no SUS, identificam-se particularidades e processos diferenciados no campo das políticas públicas. Essas observações são importantes para o futuro da Psicologia na APS, pois é fundamental que o psicólogo compreenda as diferenças e especificidades de cada área de atuação, a fim de que as intervenções sejam mais adequadas e significativas para o que se propõem.^{10,11,13,32}

Ao longo do tempo, as necessidades dos territórios e o trabalho multiprofissional foram demandando intervenções do psicólogo, com mais ênfase na APS, originadas em dificuldades emocionais manifestadas em atendimentos de outros profissionais, ou por encaminhamentos de outros setores de políticas públicas.^{16,32}

Participar das ações de intervenção em saúde proporcionou a compreensão do trabalho da Psicologia, no contexto da ESF, realçando a importância da abertura para um olhar subjetivo. Sendo assim, as ações construíram momentos de reflexão sobre as possibilidades de vida, processos de reinvenção e transformação de si e do contexto.

Posto isto, salienta-se que estas intervenções buscaram cuidar dos usuários dos serviços de saúde, evidenciando-os enquanto sujeitos de transformação, com a possibilidade de construção de insights. Este trabalho se torna efetivo quando os atores do contexto assim o percebem, e caminham implicados no processo de cuidado ampliado.^{10,32}

Assim, constata-se que o trabalho do psicólogo na ESF foi, e continua sendo, estruturado com base nos princípios da APS. Portanto, tem sido construído de maneira contextualizada, entendendo as necessidades e buscando atuar de forma ampliada, considerando sempre os processos de vida construídos em cada território, além da relação dos sujeitos com os espaços, incluindo as unidades de saúde, e as relações pessoais ali existentes.³²

É necessário refletir sobre o espaço do psicólogo nas políticas de saúde, sinalizando para a legitimidade de um fazer profissional além das quatro paredes do consultório, desenvolvendo um trabalho em equipe, por meio da interdisciplinaridade, promovendo relações e construindo cuidado para os sujeitos do território.^{2,3,10,33}

No decorrer dos dois anos exigidos para a conclusão do processo de formação da RIS, apreendeu-se que, apesar de não poder mudar todas as condições de vida dos usuários, é possível diminuir o seu sofrimento, sempre a partir da escuta, do acolhimento, de um olhar que considere a subjetividade do Ser, diante da contextualização do seu meio.

Considerações Finais

A participação do psicólogo na ESF destaca-se pela orientação na busca da autonomia, do empoderamento e do bem-estar dos sujeitos. O trabalho baseia-se no processo dialógico, que promove reflexões sobre a condição do sujeito no mundo, contribuindo para que o usuário tenha protagonismo no cuidado em saúde, seja por meio de ações na escola, grupos operativos, salas de espera, consultas compartilhadas na UPS ou construção de PTS, como descrito nesse relato.

O caminhar na RIS permitiu a construção de muitas ações que colaboraram com o crescimento dos sujeitos, contudo, algumas limitações foram encontradas. Constataram-se dificuldades de aceitação no desenvolvimento de práticas baseadas no modelo psicossocial, que buscam o protagonismo sobre o autocuidado. Compreende-se, desse modo, que, em muitos momentos, a cultura curativista, medicalizante tem mais espaço na ESF, tanto por parte dos profissionais que compõem a equipe como dos usuários do sistema, o que constitui um desafio para assegurar uma atuação na perspectiva da Saúde Coletiva.

É necessária atenção para o modo de cuidar conduzido pela Psicologia, para que sua prática não se pautar no modelo curativista ainda praticado, reproduzindo receitas prontas e procedimentos que, por vezes, não favorecem o cuidado da saúde. Apesar desse alerta, as reflexões desenvolvidas sobre

o trabalho do psicólogo na ESF indicam que ações importantes foram construídas para alicerçar a Psicologia neste cenário. Diante de todo o processo vivenciado, no âmbito da RIS, verifica-se que o psicólogo é um profissional fundamental na equipe da ESF, por buscar construir um cuidado dialógico, fincado nas raízes do modelo psicossocial, compreendendo as especificidades dos territórios vivos.

Referências

¹ Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Jun [acesso em 01 Jan 2021] Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, [about 1707-1714p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.

² Alexandre ML, Romagnoli RC. Prática do Psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos Clínicos* [Internet] 2017 dez [acesso em 01 Jan 2021] São Leopoldo, v. 10, n. 2, [about 284-299p.]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000200013&lng=pt&nrm=iso.

³ Silva MG, Manica FR, Mariano LRP. A prática profissional do psicólogo frente a atenção básica de saúde. *Saúde em Redes* [Internet] 2017 Jan [acesso em 01 Jan 2021] Dourados, v. 3, n. 1, [about 50-62 p.]. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/806/pdf_61.

⁴ Dimenstein M, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2012 [acesso em 01 Jan 2021] Brasília, v. 32, n. spe [about 232-245p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>.

⁵ Cintra MS, Bernardo MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2017, Out-Dez [acesso em 01 Jan 2021] Brasília, v. 37, n. 04 [about 883-896p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>.

⁶ Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

⁷ Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2000, [Acesso em 22 Set 2021], v. 5, n. 2 [pp. 219-230]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

⁸ Dimenstein M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo* [Internet]. 2001, [Acessado 22 Set 2021], v. 6, n. 2 [pp. 57-63]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>.

⁹ Ellery, AEL. Interprofissionalidade. In: Ceccim, Ricardo Burg et al. *EnSiQlopédia das Residências em Saúde*. Porto Alegre: Unida, 2018.

¹⁰ Ribeiro MA, Albuquerque IN, Cavalcante ASP, Aguiar NLT, et al. Territorialização em saúde na perspectiva de gerentes da estratégia saúde da família. *Diversidades* [Internet]. 2016 Jun-Dez [acesso em 01 Jan 2021] Niterói, v. 8, n. 1, [about 1-12p.]. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/143>.

¹¹ Santos JDS, Rios SJ, Silva DM, Cardoso AM, et al. A territorialização na prática da atenção primária à saúde: experiência na unidade de saúde da família homero figueiredo. REVISE [Internet]. 2º de abril de 2021 [acesso em 01 Jan 2021] Cruz das Almas, v.4, n.00 [about 147-160p.]. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1476>.

¹² Figueredo D, Schuller BHI, Manfrini FG, Arakawa BA, et al. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2019 Abr [acesso em 01 Jan 2021] Recife, v.13, n.4, [about 943-951p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239123>.

¹³ Bezerra RKC, Vieira B, Ribeiro ARS, Abreu EA, et al. A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência. REAS [Internet]. 2020 Fev [acesso em 01 Jan 2021] São Paulo, v. Supl. N. 42 [about 1-6p.] Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2704>.

¹⁴ Lino MRB, Rocha RB, Costa KR, Sousa JJS, et al. Territorialização como ferramenta norteadora das práticas de residentes em saúde da família. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2017 [acesso em 01 Jan 2021] São Paulo, v. Supl. n.9, [about 715-720p.]. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS67.pdf>.

¹⁵ Batista RN, Silva-Roosli ACB. A psicologia na atenção básica: possibilidades de intervenção na promoção e prevenção à saúde. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2019 Ago [acesso em 01 Jan 2021] Campo Grande, v.11, n. 2, [about 99-114p.]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200008&lng=pt.

¹⁶ Brito GEG, Mendes ACG, Santos PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2018, Jan-Mar [acesso em 01 Jan 2021] Botucatu, v. 22, n. 64, [about 77-86p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>.

¹⁷ Nepomuceno LB, et al. Práticas de Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Poder Simbólico e Autonomia Profissional. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2021, [Acessado 22 Set 2021], v. 41, n. spe2 [e189629]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189629>.

¹⁸ Malvezzi E, Ogata MN, Oliveira JM, Campos GWS. Apropriação social do Sistema Único de Saúde: ouvindo a voz dos usuários. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2021 [acesso em 01 Jan 2021] Botucatu, v. 25 [about e200291p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200291>.

¹⁹ Menezes KK, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cadernos Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Jan-Mar [acesso em 01 Jan 2021] Rio de Janeiro, v. 24, n. 1 [about 124-130p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010162>.

²⁰ Becker APS, Rocha NL. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia. Mental [Internet]. 2017 [acesso em 01 Set 2021] Barbacena, v.11, n.21, [about 339-355]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004&lng=pt&tlng=pt.

²¹ Madeira FB, et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. Saúde e Sociedade [Internet]. 2018 [acesso em 01 Set 2021], São Paulo, v. 27, n. 1, [about 106-115].

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100106&lng=en&nrm=iso.

²² Medeiros RHA. Psicologia, saúde e território: experiências na Atenção Básica. *Psicologia em Estudo* [Internet] 2020 [acesso em 01 Jan 2021] v. 25 e43725. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.43725>.

²³ Luz AR, Vianna MS, Silqueira SMF, Silva PC, et al. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. *Rev. G&S* [Internet]. 29º de janeiro de 2016 [citado 11º de agosto de 2021];7(1):Pág. 270-281. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3419>.

²⁴ Sampson K, Brondani A, Piber V, Hausen C, et al. A construção de redes de atenção na perspectiva do projeto terapêutico singular: um relato de experiência. *Revista Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2020 Jan-Abr [acesso em 01 Jan 2021] Santa Maria, v. 46, n.1 [about 1-9p.] Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583440371>.

²⁵ Campos RO. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond J. et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; editora Fiocruz, 2006. p. 669-688.

²⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011.

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 2017. Brasília, 2017.

²⁸ Lopes, MTSR, Labegalini CMG, Silva MEK, Baldissera VA. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet] 2019 [acesso em 01 Jan 2021] Paraná, v. 23, n. e-1161, [about 1-7p.]. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/en_1161.pdf.

²⁹ Alvarez APE, Vieira ACD, Almeida FA. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet] 2019 [acesso em 01 Jan 2021] Rio de Janeiro, v. 29, n. 04 [about e290405]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290405>.

³⁰ Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate* [Internet] 2017 Out-Dez [acesso em 01 Jan 2021] v. 41, n. 115 [about 1177-1186p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

³¹ Damascena DM, Vale PRF. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo etnográfico. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet] 2020 [acesso em 01 Jan 2021] Rio de Janeiro, v. 18, n. 3 [about e00273104]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>.

³² Cerqueira AEG. As especificidades do psicólogo na Clínica Ampliada da Saúde da Família à luz da Gestalt-terapia. 2019. 36 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia Clínica: Gestalt-Terapia e Análise Existencial, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

³³ Mello RA, Teo CRA. Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde.

Apêndices

Quadro 1. Descrição das cinco etapas propostas por Holliday (2006) para sistematizar experiências.

O ponto de partida	Estar inserida enquanto psicóloga residente, participando desta experiência e registrando o processo vivido.
As perguntas iniciais	Qual a importância dos profissionais de Psicologia nas ações e serviços da Estratégia Saúde da Família, a partir do olhar de uma psicóloga residente da área?
Recuperação do processo vivido	Reconstrução histórica dos processos por meio de anotações e diário de campo, partindo do início do caminho do psicólogo na ESF, passando pelas ações da Psicologia neste contexto, seguindo para refletir sobre verdades tortuosas que orientam a inserção do psicólogo nos serviços da APS e finalizando com o reconhecimento das recompensas do trabalho da Psicologia na Saúde Coletiva.
A reflexão de fundo: por que aconteceu o que aconteceu?	Análise dos processos tomando como referência os princípios e diretrizes do SUS e da APS, assim como a fundamentação teórica que permite compreender a atuação da Psicologia no âmbito da Saúde Coletiva.
Os pontos de chegada	Conclui-se que o reconhecimento do território é muito relevante para a construção de ações voltadas para autonomia, empoderamento e bem-estar dos sujeitos, sendo um cuidado dialógico, psicossocial com base nas especificidades dos territórios.

Fonte: Própria autoria, com base nos achados do estudo.

Submissão: 11/08/2021

Aceite: 07/11/2021